



# **Universidade Católica Portuguesa**

## **Centro Regional de Braga**

### **“Locus de Controlo e Autoconceito na Toxicodependência”**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Sónia Cristina Gomes Veiga**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
SETEMBRO 2012



# **Universidade Católica Portuguesa**

## **Centro Regional de Braga**

### **“Locus de Controlo e Autoconceito na Toxicodependência”**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**

**Sónia Cristina Gomes Veiga**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Cunha**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
SETEMBRO 2012

## **Agradecimentos**

Deixo aqui os meus mais sinceros agradecimentos:

Aos meus pais, que me proporcionaram a oportunidade de continuar a estudar, apesar das dificuldades, pela confiança depositada em mim e pelo apoio incondicional.

À professora Doutora Eleonora Cunha, pela orientação, sinceridade, preocupação e ajuda preciosa....

A toda a equipa do Projeto Homem, pelo interesse demonstrado, pela participação e disponibilização de toda a ajuda necessária.

Ao Filipe, meu namorado, pela confiança, encorajamento, apoio, motivação, paciência e carinho...

À Marta, minha irmã, pela preocupação, dedicação, motivação e ajuda que me deu...

Aos pais do meu namorado e à irmã, pela força e preocupação....

Por último, agradeço a todos aqueles que não nomeei aqui, mas que de uma forma direta ou indireta contribuíram para o encerrar de mais uma fase da minha vida.

A todos um Muito Obrigado!

## Resumo

Este estudo tem como finalidade estudar as diferenças entre toxicodependentes em comunidade terapêutica e toxicodependentes em reinserção social relativamente ao Locus de Controlo de Saúde e ao Autoconceito, com recurso a uma amostra de 60 toxicodependentes abstinentes, recolhida no Centro de Solidariedade de Braga – Projeto Homem. Trata-se de um estudo inter-sujeitos e transversal. Os instrumentos utilizados foram: o Questionário Sócio - Demográfico para a caracterização da amostra, a *Escala de Locus de Controlo de Saúde* (LCS) para avaliar o locus de controlo e o *Inventário Clínico de Auto – Conceito* (ICAC) para avaliar o autoconceito.

Os resultados obtidos no presente estudo revelam uma associação positiva entre a recaída e a dimensão internalidade de Locus de Controlo de Saúde, sendo um resultado muito importante. Não se encontrou diferenças significativas entre os grupos relativamente aos Locus de Controlo de Saúde, no entanto pela análise das médias os dois grupos tendiam a ser mais internos. Relativamente ao autoconceito, houve diferenças entre os grupos, sendo que o grupo de toxicodependentes da comunidade terapêutica, apresentam menor rejeição social, maturidade psicologia e autoeficácia e o grupo de toxicodependentes de reinserção social apresentam maior rejeição social, autoeficácia e maturidade psicológica. Relativamente à impulsividade não se encontraram diferenças significativas entre os grupos.

## **Abstract**

This study is intended to study the differences between drug addicts in therapeutic community and drug addicts in social reinstatement in relation to Locus de Controlo de Saúde and of Autoconceito, using a sample of 60 abstinent drug addicts, collected at the Centro de Solidariedade de Braga – Projeto Homem. This is a transversal and inter-subject's study. The instruments used were: the Socio - Demographic Questionnaire to characterize the sample, the scale of the Health Locus of Control (LCS) to assess the locus of control and the Clinical Inventory of Self - Concept (ICAC) to evaluate the self-concept.

The results of this study show a positive association between relapse and the internality dimension of the Health Locus of Control, being a very important result. There was no significant difference between groups with respect to the Locus Control Health, however the means for examining the two groups tended to be more internal. Relatively the self-concept, there were differences between groups, and the group of drug addicts in the therapeutic community, present minor social rejection, psychological maturity and self-efficacy and group of social reintegration of drug addicts exhibit higher social rejection, self-efficacy and psychological maturity. Relatively to impulsivity, no significant differences were found between groups.

# Índice

Introdução.....	9
I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1. Toxicodependência.....	11
1.1. Perspetiva histórica da toxicodependência .....	11
1.2. Classificação e prevalência da toxicodependência .....	13
2. Variáveis psicológicas associadas à toxicodependência .....	17
2.1. Locus de controlo.....	21
2.2. Autoconceito .....	24
3. Relação locus de controlo, autoconceito e toxicodependência .....	28
4. Intervenção na toxicodependência .....	31
II- METODOLOGIA .....	36
1. Objetivo do Estudo.....	36
2. Variáveis.....	36
3. Hipóteses .....	36
4. Design.....	37
1. Procedimentos .....	37
2. Caracterização da amostra.....	37
3. Instrumentos .....	40
4. Análise de dados.....	42
III - RESULTADOS.....	44
1. Testes de Hipóteses .....	44
IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	47
1. Limitações do estudo.....	50
2. Conclusões e implicações para a prática .....	51
Bibliografia.....	53

Anexos.....	1
ANEXO I.....	2
Consentimento Informado .....	2
ANEXO II .....	5
Autorização dos autores.....	5
ANEXO III.....	8
Questionário Sócio - Demográfico .....	8
ANEXO IV .....	12
Escala de Locus de Controlo de Saúde (LCS).....	12
ANEXO VI.....	17
Inventário Clínico de Auto – Conceito (ICAC).....	17

## **Índice de tabelas**

Tabela 1. Amostra geral (N=60) .....	38
Tabela 2. Resultado dos testes T para amostras independentes (N=60) .....	44
Tabela 3. Resultados dos testes Mann-Whitney (N=60).....	45

## **Índice de quadros**

### **Anexo V**

Quadro 1. Coeficiente de consistência interna de Cronbach – Locus de Controlo de Saúde ..	16
---	----

### **Anexo VII**

Quadro 2. Coeficiente de consistência interna de Cronbach – Autoconceito .....	21
--	----

**Siglas:**

**CID-10-** Classificação Estatística Internacional de Doenças

**DSM-IV-TR** – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

**I.D.T** – Instituto da Droga e da Toxicodependência

**O.M.S** – Organização Mundial de Saúde

**M.J.S.** – Ministério da Justiça e da Saúde



## Introdução

Na sociedade atual, o uso de droga é uma problemática que afeta o mundo e acompanha a humanidade desde as primeiras civilizações. Independentemente da região, o consumo de drogas é realizado. No entanto, nas últimas décadas, a tendência para o uso de drogas, especialmente entre os jovens tem vindo a acentuar-se, prolonga-se muitas vezes para a vida adulta, afetando toda a família e toda a sociedade que os rodeia.

Na base dos consumos estão inerentes vários fatores, tais como, ambiente familiar desestruturado, morte de familiares, desilusões amorosas, comportamentos não aceites socialmente (roubos, agressões), o grupo de pares e também a própria personalidade do indivíduo que obviamente está marcada e delineada por fatores anteriormente descritos (Nunes & Jólluskin, 2010). Os toxicodependentes, como o próprio nome indica, estão dependentes de alguma substância, e estes sujeitos tendem a ter uma personalidade imatura (Brito & Esteves, 2001), isto é, indivíduos impulsivos, os que têm dificuldade em lidar com a frustração, dificuldade em lidar com a autoridade e indivíduos que procuram novas sensações. Estes indivíduos tendem a externalizar as consequências dos seus comportamentos (Pereira, 1999), isto é, a consequência dos seus atos não é dependente deles (Bennett, 2002), e a maneira como eles se veem a si próprios é distorcida (Vaz Serra, Firmino & Matos, 1987).

Deste modo, a toxicodependência é descrita por Wolf & Heberlein (2003) como um transtorno mental crônico e recidivante, é uma doença caracterizada por o uso compulsivo de drogas apesar de ocorrerem sérias consequências negativas, isto é, acaba por ser uma perturbação do sistema racional entre o indivíduo e o meio envolvente, sendo que o fenómeno do consumo de drogas é resultante das suas “incomunicações” e desordens biológicas, familiares e socioculturais, tratando-se assim de uma questão de índole sistémica (Nunes & Jólluskin, 2011).

Atendendo ao exposto no que respeita à temática locus de controlo e autoconceito na toxicodependência, há necessidade de estudar este tema devido à escassez de estudos que especificamente tenham investigado estas variáveis psicológicas na população adulta.

A ausência de estudos acerca desta problemática em Portugal, questões levantadas por recentes estudos internacionais e as profundas alterações nos modelos de consumo de drogas, justificam a escolha deste tema.

É neste contexto, que surge o presente trabalho, centrando-se sobre o estudo de determinadas variáveis psicológicas (autoconceito e locus de controlo de saúde), que estão

associadas ao consumo de drogas. Neste âmbito, mostra-se pertinente analisar se estas variáveis psicológicas se alteram nos dois grupos que se pretende estudar, num grupo de toxicodependentes em processo terapêutico e num grupo de toxicodependentes em processo de reinserção social.

Deste modo, o presente trabalho terá como propósito a consecução dos seguintes objetivos: avaliar e analisar se existem diferenças relativamente aos toxicodependentes em comunidade terapêutica e toxicodependentes em reinserção social, no que respeita às variáveis psicológicas locus de controlo e o autoconceito.

Neste sentido, os resultados desta investigação poderão contribuir para adequação das estratégias de prevenção direcionadas a esta problemática e nos diferentes contextos, tanto em processo terapêutico como em processo de reinserção social.

## **I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1. Toxicodependência**

#### **1.1. Perspetiva histórica da toxicodependência**

O uso de substâncias psicoativas é atualmente um dos maiores responsáveis pelo peso global da doença em quase todas as regiões do mundo (Ferros, 2011).

Deste modo, por razões epidemiológicas, políticas, económicas e sociais, o consumo de substâncias psicoativas tornou-se foco de atenção mundial dada a dimensão que adquiriu o seu impacto na sociedade moderna. É comum dizer-se que a história das drogas anda a par da história da humanidade e que não existiu sociedade onde o uso de uma substância não estivesse incluído e, muitas vezes, normalizado (Filho, 2005).

Neste sentido, a toxicodependência é descrita pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) como um estado de intoxicação crónica do organismo que é prejudicial ao indivíduo e à sociedade e que é produzido pela administração de uma “droga” (natural ou sintética) e se caracteriza por um desejo ou necessidade incoercível de continuar, isto é, traduz-se num estado psíquico e, por vezes também físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um produto tóxico, caracterizando-se por modificações e outras reações que incluem sempre a compulsão para tomar drogas de um modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar efeitos específicos ou evitar o mal-estar da privação (Ferreira, 2001).

Historicamente, até ao início do século XX, o uso de substâncias era justificado pela busca de bem-estar (Castro, 2004), contudo a partir dos anos sessenta assistiu-se a uma expansão do consumo de drogas como a heroína e a cocaína (Poiars, 1999). Em meados do século XIX surge, nos Estados Unidos, a noção de “toxicómano” (aquele que consumia drogas proibidas, independentemente da substância e do seu modo de administração, dose ou frequência) (Castro, 2004) e de “drogado” (Ferros, 2011). Posteriormente, os termos “toxicomania” e “farmacodependência” foram sendo substituídos pelo termo “adição” e atualmente, o consenso internacional tende a reunir a comunidade científica em torno de três comportamentos distintos: uso, abuso e dependência (Castro, 2004).

O aumento do problema da droga em Portugal ocorreu na década de 70, quando surgem as “toxicodependências contemporâneas” (Ferros, 2011). Perante tal fenómeno, a partir da segunda metade da década de 70, os governos de então reagiram, optando por uma

intervenção direta, mas insuficiente, do Estado, com a criação de três Centros de Estudo e Profilaxia da Droga (CEPD) para todo o país, primeiro em Coimbra, depois em Lisboa e no Porto (Neto, 1996).

Nos anos 80 houve uma mudança de cenário, as drogas começaram a ser facilmente acessíveis, assistindo-se à explosão da disponibilidade da heroína (Ferreiros, 2011), iniciando-se também a prática de fumar esta mesma droga nas grandes cidades verificando-se, na década de 90, a expansão do consumo desta ao interior do país (Neto, 1996). Em 1982, verificou-se a revogação dos diplomas legais de 1975 e 1976, com algum reforço e carácter psicossocial das drogas (Sommer, 2004).

Desta forma, o Ministério da Justiça e da Saúde (MJS, 1983) apresentou o Decreto – lei 430/80 de 13 de Dezembro que refletiu uma nova abordagem a fazer aos toxicod dependentes, uma vez que este prevê a suspensão da pena em alguns crimes relacionados com droga se o infrator aceitar o tratamento. Nesta fase, a toxicod dependência é cada vez mais vista como um problema de saúde e não como crime e o consumidor é considerado como um doente que necessita de cuidados de saúde, tratamento e reabilitação (M.J.S., 1984). Neste sentido, até 1995 verificaram-se sucessivos ajustamentos a projetos e técnicas de tratamento, procurando-se assim uma adequação com as determinações internacionais (Sommer, 2004)

No entanto, o início da década de 90 caracteriza-se por um acesso fácil à heroína e à cocaína e pelo aumento da oferta desta, o consumo de haxixe, cocaína e heroína estendeu-se a todo o país tanto nas zonas urbanas como rurais (Ferreiros, 2011).

Para Neto (1996), enquanto os consumos tradicionais de drogas eram contagiosos, localizados, e as vias de administração não incluíam grandes riscos, a toxicod dependência de hoje atinge proporções verdadeiramente pandémicas e as vias de administração, designadamente a injetável, são altamente perigosas para saúde, quer individual quer pública.

Incluem-se neste quadro as novas drogas, as *designer drugs*, ou seja, drogas de laboratório, que, tendo aparecido nos finais dos anos vinte, começaram a ganhar notoriedade nos anos oitenta e generalizaram-se rapidamente por todo o lado, sendo consumidas sobretudo nas *raves* e nos *dance clubs*, associando os ideais de amor, de paz e unidade do movimento hippie dos anos sessenta. As *designer drugs* ou *club drugs*, inicialmente associadas apenas ao *ecstasy*, rapidamente levaram à recuperação de antigas substâncias da mesma família, como as anfetaminas, o rohypnol, o LSD, o *Special K* (quetamina), o fentanil, entre outras (Poiarés, 1999).

Tais drogas, conhecidas vulgarmente pelo nome de *drogas sintéticas*, são as que, manifestamente, estão mais associadas às novas subculturas juvenis, designadamente à música de dança (Poiares, 1999).

As drogas sintéticas constituem um fenómeno recente que difere do consumo de outros tipos de droga. Trata-se de um consumo recreativo, geralmente associado a práticas de diversão noturna e a determinados estilos de vida, em lugares e ambientes ocultos (*clubs*, *raves*, etc.), e que, pelo menos ocasionalmente, assumem características de uma verdadeira subcultura (Ferreiros, 2011).

Desta forma, Calado (2006) afirma: *“Se entendermos os consumos recreativos numa lógica sociocultural, é possível perceber-se que as drogas fazem parte de lógicas de diversão e lazer de determinados atores sociais. Vivemos hoje numa sociedade onde o lazer, para muitos, se tomou um carácter mítico, desempenhando, por vezes, um papel absolutamente central na vida das pessoas. Segundo este ponto de vista, o consumo recreativo de drogas (sejam elas legais ou ilegais, sintéticas ou naturais) é um sub - fenómeno do atual modelo de sociedade, assente no consumo, na imagem e na publicidade (p.6).”*

## **1.2. Classificação e prevalência da toxicodependência**

A toxicodependência tornou-se um fenómeno ao longo dos tempos, manifestando-se de forma complexa, com repercussões a vários níveis, dando origem a vários modelos explicativos do fenómeno (Ferreiros, 2011).

Segundo Fernandes (1997), a toxicodependência apresenta-se com três características. A primeira é o desejo invencível, compulsivo, de continuar a tomar droga e de a obter por todos os meios, seguidamente vem a tendência a aumentar as doses, tolerância e finalmente a dependência, física e psíquica, aos efeitos da droga, isto é, o aparecimento dum conjunto de sinais físicos e psíquicos logo que interrompe bruscamente o consumo.

A toxicodependência apresenta três formas: dependência psicológica, dependência física e dependência comportamental (Patrício, 1997). A dependência psicológica surge quando um indivíduo sente um desejo intenso e incontrolável de consumir droga, sofrendo perturbações a nível emocional quando não consome (Patrício, 1997). Esta dependência traduz-se essencialmente pelo *craving*: a procura compulsiva da substância, contra a razão e a vontade, expressão de uma necessidade maior e incontrolável (Rahoui & Reynaud, 2008). Neste sentido, Schuckit (1995, pp.6) refere que *“dependência psicológica consiste na ideação que o*

*utilizador desenvolve no sentido de necessitar da substância para chegar a um equilíbrio ou percepção de bem-estar*”. A dependência física, surge quando o organismo já adaptou o seu metabolismo à presença da droga, sofrendo de sintomas dolorosos (síndrome de abstinência) quando a droga deixa de ser consumida (Rahoui & Reynaud, 2008). A mais visível em termos sociais, e a que causa maiores danos, é a dependência física, ligada fundamentalmente a mecanismos de reforço negativo que existe quando o organismo se adapta fisiologicamente ao consumo habitual da substância (Patrício, 1997). A este respeito, Schuckit (1995, pp.6) afirmou que “*dependência física indica que o corpo se adaptou fisiologicamente ao consumo habitual de substâncias, surgindo sintomas quando o uso da droga termina ou é diminuído*”. Por fim, a dependência comportamental refere-se às atividades comportamentais compulsivamente orientadas para a procura das substâncias e seu posterior consumo, como forma de evitar estados disfóricos (Rahoui & Reynaud, 2008). De acordo com o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais), “*(...)todas as atividades quotidianas giram em volta da substancia. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou relacionais podem ser abandonadas ou reduzidas devido à utilização da substancia*” (American Psychiatric Association (APA), 2000, pp.195).

Neste sentido, a dependência consiste num transtorno cerebral, ao nível das suas funções, originado pelo consumo de substâncias psicoativas que afetam processos cerebrais em termos da percepção, das sensações, das emoções e da motivação. É um comportamento muito complexo, estando principalmente relacionado com os efeitos das substâncias a curto ou a longo prazo (OMS, 2004).

No âmbito do consumo de substâncias existe uma considerável diversidade de teorias que procuram explicar o porquê de certas pessoas consumirem substâncias, entre elas encontra-se a Teoria de Aprendizagem Social de Bandura (Rahoui & Reynaud, 2008; Nunes & Jóluskin, 2010). Bandura é o principal promotor da aprendizagem social (Bandura, 1977), a sua teoria baseia-se em processos de imitação comportamental, isto é, o indivíduo observa os comportamentos (aquisição) e posteriormente imita esses mesmos comportamentos anteriormente observados e retidos (desempenho). Neste sentido Bandura (1977), explica quatro fases sequenciais para a explicação da teoria, a primeira é a fase da confrontação com o executor do comportamento a observar, em que a observação do modelo produz uma melhor aprendizagem, se houver uma atenção focalizada em aspetos essenciais do mesmo, a segunda é a fase da representação simbólica, em que se verifica uma integração de representações mediante comparação com memórias previamente registadas, a terceira fase, é a fase de

reprodução do comportamento, cuja eficácia depende das habilidades pessoais do reprodutor da conduta, das competências já adquiridas, da familiaridade com aquela situação e da informação recebida e integrada a respeito do comportamento e por último, é a fase que se liga às consequências da reprodução do comportamento, bem como às expectativas do reprodutor da conduta.

Neste sentido, a observação dos pares (Rahoui & Reynaud, 2008) ou entre figuras significativas (Nunes & Jólluskin, 2010), consumidores de substâncias, com os quais estão diária e intensamente em interação, permite uma aprendizagem rápida do comportamento de consumo, e posterior reprodução dessa conduta (Nunes & Jólluskin, 2010). Contudo, de acordo com Hansenne (2004), nesta teoria, o indivíduo não se limita a copiar passivamente o comportamento, mas faz uma análise crítica e atravessada por aspetos de cariz pessoal.

Geralmente, os indivíduos que consomem substâncias psicoativas fazem-no na expectativa de retirar benefícios desses consumos, crença errada, pois o comportamento de adição às drogas acarreta vários danos a vários níveis, quer a curto, quer a médio e a longo prazo (Ferros, 2011).

Clinicamente, segundo o Relatório Mundial da Saúde (2001), emitido pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e pela OMS, versão portuguesa da Direção Geral da Saúde, 2002/OMS, a toxicodependência insere-se no capítulo dos transtornos mentais e comportamentais, em linha, aliás, com a classificação que lhe atribui a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10 – F10 a F19) (OMS, 2002).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2006), a Dependência de Substâncias aparece caracterizada como tratando-se essencialmente de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta. Existe um padrão de autoadministração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas. Neste sentido a classificação do consumo de uma droga de abuso (incluindo o álcool) segundo o DSM-IV-TR (APA, 2006) designa-se como *perturbações relacionadas com substâncias*, não excluindo os efeitos secundários de um medicamento ou a exposição a um tóxico, que também estão confrontadas com esta perturbação. As substâncias incluídas nestas perturbações estão agrupadas em onze classes: álcool, anfetaminas ou simpaticomiméticos de ação similar, cafeína, *cannabis*, cocaína, alucinogénios, inalantes, nicotina, opiáceos, fenciclidina (PCP) ou arilciclohexilaminas de acção similar e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e a cocaína com

anfetaminas e simpaticomiméticos de ação similar. As perturbações relacionadas com substâncias ramificam-se em dois grupos, *perturbações pela utilização de substâncias* (e.g. dependência e de abuso de substâncias) e *perturbações induzidas por substâncias* (e.g. intoxicação por substâncias, abstinência de substâncias, *delirium* induzido por substâncias, demência persistente induzida por substâncias, perturbações mnésicas induzidas por substâncias, perturbação psicóticas induzidas por substâncias, perturbações do humor relacionadas com substâncias, perturbação da ansiedade induzida por substâncias, perturbações sexuais induzidas por substâncias e por último perturbações do sono induzidas por substâncias).

Segundo o Relatório Anual das Nações Unidas de 2009 (ONU, 2009), em Portugal, a posse de droga para uso pessoal deixou de ser punida com prisão, passando o sujeito a ser apenas intimado e levado a uma Comissão da qual pode resultar multa, tratamento ou prisão preventiva para o usuário. Os representantes das Nações Unidas defendem que, a eliminação da proibição total de drogas é benéfica na medida em que encoraja ao tratamento. Porém, e segundo este mesmo Relatório, tem-se verificado um aumento no consumo de drogas em toda a Europa, sendo que Portugal não é exceção. Segundo eles, a cannabis, a cocaína e as anfetaminas são as drogas predominantemente consumidas no nosso país, sendo que no que diz respeito às duas últimas, o consumo duplicou nos últimos anos.

Segundo dados do Observatório Europeu da Droga e da toxicodependência (OEDT, 2010), as estimativas da prevalência de consumo problemático de droga, variam entre 2 a 10 casos por 1000 na população adulta, correspondendo as mais elevadas (6-10 casos) às comunicadas pela Dinamarca, Itália, Luxemburgo, Reino unido e Portugal. Ainda de acordo com este levantamento 1.2 a 2.1 milhões de pessoas são consumidores problemáticos de droga, dos quais se estima que, cerca de 850.000 a 1.3 milhões sejam consumidores ativo de droga injetada. Para além disto, os opiáceos continuam a ser a principal causa de mortalidade associada ao consumo de substâncias ilícitas, registando-se anualmente nos países da U.E. entre 8000 a 9000 mortes por overdose (OEDT, 2010), neste sentido, o consumo de heroína e o consumo de droga injetada formam a principal componente do indicador de consumo problemático de drogas.

A problemática do consumo de heroína já se verificava no primeiro relatório do OEDT (1996) onde cerca de 1% da população adulta da União Europeia consumiu heroína e 50% desta é considerada dependente desta substância, ou seja cerca de um milhão de pessoas.



No inquérito nacional ao Consumo de substâncias Psicoativas na população portuguesa, realizado em 2001, constata-se que a prevalência do consumo de heroína numa amostra de 15000 indivíduos da população geral, ascende aos 0.7% (Balsa, Farinha, Urbano & Francisco, 2004).

Em 2006, segundo o Instituto das Drogas e Toxicodependências (IDT), a heroína continua a ser, à semelhança do que tem acontecido nos anos anteriores, a principal substância, envolvida no consumo problemático de drogas, a mais associada à prática do consumo por via endovenosa e consequentemente à transmissão de doenças infecciosas (IDT, 2006). Contudo, em 2010 assistiu-se a uma diminuição das práticas de consumo endovenoso e de partilha de material de consumo entre os utentes em tratamento da toxicodependência, no entanto, a heroína continua a ser a substância referida como droga principal dos utentes em tratamento da toxicodependência (IDT, 2010). Contudo, segundo um estudo nacional realizado em 2007 na população geral residente em Portugal em pessoas com idades compreendidas entre os 15 anos e os 64 anos, demonstrou que as drogas ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses são a cannabis, a cocaína e o ecstasy, com prevalências de consumo ao longo da vida (IDT, 2010).

Desta forma, a heroína é o opiáceo ilegal mais consumido em Portugal e na europa, por outro lado, trata-se em termos qualitativos de uma substância poderosa, particularmente toxica e socialmente incapacitante. É consequentemente a droga que mais frequentemente leva o toxicodependente a procurar ajuda especializada, continuando a gerar grande preocupação no panorama do tratamento da toxicodependência em Portugal (Ferros, 2011).

Torna-se clara a necessidade de criação de serviços para o tratamento desta doença, uma vez que o tratamento deste tipo de dependência é efetivo e as intervenções têm, segundo Miller & Rollnick (1999), um impacto positivo a nível populacional.

## **2. Variáveis psicológicas associadas à toxicodependência**

O envolvimento no consumo de substâncias, e o seu desenvolvimento de uma dependência, é um fenómeno modulado por determinantes múltiplos e interativos (Pereira, 1999). Fatores de índole social e cultural determinam a exposição de jovens às drogas (principalmente a sua integração num grupo em que exista este tipo de consumos) e fatores psicológicos, a sua adesão ou resistência aos consumos. Outros fatores psicológicos e, provavelmente também de

índole biológica determinarão os efeitos subjetivos individuais das drogas, o estabelecimento da dependência e a capacidade para abandonar consumos (Wagner & Oliveira, 2007). Se bem que os aspetos do temperamento e da personalidade sejam importantes no início dos consumos, não o são menos outros fatores de ordem social e ecológica, incluindo a existência de oportunidades para esta atividade e a influência normativa dos outros – família e amigos, por exemplo (Orford, 1992).

Dentro dos fatores individuais, são particularmente importantes as características da personalidade. Entre muitas que têm sido estudadas como favorecedoras do consumo de drogas pensamos em ressaltar as seguintes, que, como são típicas de fases mais precoces da vida, constituem, no seu conjunto, o que por vezes se designa de personalidades imaturas (Brito & Esteves, 2001), os indivíduos impulsivos, os que têm dificuldade em lidar com a frustração, dificuldade em lidar com a autoridade e indivíduos que procuram novas sensações.

Estes indivíduos tendem a ter uma visão de si próprio distorcida (Vaz Serra, Firmino & Matos, 1987), tendem a externalizar as consequências dos seus comportamentos (Pereira, 1999), isto é, a consequência dos seus atos não é dependente deles (Bennett, 2002).

Neste sentido, segundo Hapetian (1997) o crescimento de um consumidor de drogas tende a parar, sob o ponto de vista interior e fica com a mentalidade que tinha quando iniciou os consumos. Isto acontece porque o amadurecimento pessoal é travado pelas drogas. O que pensam dependem em grande parte da fase de consumo em que se encontram. Quanto mais consomem menos capacidade têm para deixarem de consumir. De facto, a falta de droga (ressaca) provoca um sofrimento físico e/ou moral muito grande. Neste sentido, de acordo com Ribeiro (1998, 2001) o indivíduo que acede à experiência da substância psicoativa é levado pelo desejo de repetir uma experiência de prazer, quase sempre num forte conflito interno de motivações, desejando em simultâneo continuar e abandonar os consumos.

O início do abuso de drogas poderá ser entendido como uma dificuldade de adaptação do sujeito face aos diferentes desafios que surgem ao longo das etapas de desenvolvimento, em específico no início da adolescência, enquanto uma resposta de evitamento e/ou de fuga face aos seus conflitos internos e externos, face a ser reconhecido e valorizado pelo seu grupo de pares, face às dificuldades de comunicação com os pais. Os motivos para o início destes comportamentos são múltiplos, elegendo-se como exemplos a aprovação de grupo de pares, a procura de alívio ou evasão do desconforto vivido com os conflitos intra e/ou interpessoais e a oposição e/ou desafio dos adultos (Silva & Deus, 2005).

A experiência psicológica da dependência de uma substância psicoativa é vivida com um sentimento de grande sofrimento, insatisfação e mal-estar psicológico, com descrições de vivência de ansiedade patológica, uma dificuldade de gestão de *stress*, com a autonomia individual comprometida (física, psíquica, social e afetiva) onde a procura de uma substância permite ao sujeito encontrar um ponto de equilíbrio, uma forma de fuga com recurso a um elemento mágico, independentemente das consequências e danos de desprazer (Patrício, 2002; Ribeiro, 2003).

Existem, contudo, segundo Neto (1996) uma série de características gerais do toxicodependente, que o torna mais vulnerável ao consumo do que os demais, entre muitas, os sentimentos de dependência, de ambivalência interpessoal, de assertividade pobre, de controlo externo em vez de interno, da dificuldade de identificação, da necessidade de aprovação social e da incapacidade de deferir o desejo. No entanto, Orford (1992) referiu que os consumos não dependem apenas das características individuais do indivíduo que consome, mas também todo o seu sistema, entre ele, a família, o trabalho, a escola, o grupo de amigos, as atividades sociais, a publicidade, o nível socioeconómico, a cultura e todo o ambiente social.

Agra (1998) defendeu que os toxicodependentes, ao nível do pensamento, apresentam, um mundo de ideias muito próprio, caracterizado pela desorganização ideativa. Esta desorganização é sempre acompanhada por níveis elevados de estimulação de tonalidade dolorosa, relacionados com um profundo estado de angústia e com grande dificuldade de controlo e tolerância ao *stress*. A sua relação com o meio é pouco consistente, estando orientada, ora pelo mundo das suas ideias e pensamentos, ora pelos aspetos afeto - emocionais e exteriores que internalizou (Agra, 1998).

Patrício (2002), referiu algumas características psicológicas individuais comuns em sujeitos toxicodependentes, frequentemente assinaladas em contexto clínico, como a baixa tolerância à frustração, o desejo de satisfação imediata, paragem no desenvolvimento/imaturidade entre a idade psicológica e a idade real, dificuldades de autonomia e de separação, dificuldade em projetar-se no futuro, dificuldade do controlo dos impulsos, manipulação das relações afetivas, verbalização de sentimento de vazio psicológico, perturbação de ansiedade, dificuldade em verbalizar e demonstrar afetos.

Alguns autores relacionam determinadas características psicológicas de sujeitos com uma maior vulnerabilidade face aos fatores de risco, como uma baixa tolerância à frustração, impulsividade (Abraão, 1999; Matos & Camacho, 2006), mas por outro lado são identificados

como fatores protetores a autonomia emocional, elevada autoestima, autoeficácia, capacidade de resolução de problemas e conflitos (Master & Coatsworth, 1998).

Outra área que tem sido alvo de atenção em vários estudos é acerca do funcionamento intelectual e cognitivo, que tem vindo a ser associado a perturbações emocionais e de comportamento, perturbações de défice de atenção e hiperatividade (Abraão, 1999). Werner (2000) nos seus estudos longitudinais concluiu que os sujeitos que apresentam melhores competências para enfrentar as adversidades, são, também aqueles a que corresponde um nível de funcionamento intelectual, capaz de desenvolver estratégias de resolução de problemas, quer através do seu próprio esforço, quer na procura ativa de recursos e soluções no seu meio envolvente.

Hepatien (1997) apontou que o conjunto de “carências”, sejam elas de que índole for, levam a que mais tarde o indivíduo fique com a autoestima destruída e com a personalidade muito fragilizada o que, conseqüentemente, se refletirá na sua incapacidade em superar pressões de dentro das suas próprias casas e das relações interpessoais e em não conseguir superar as pressões do meio em que vive, acabando tragicamente por sucumbir às drogas.

Importa, contudo, notar que sempre, nas diferentes épocas e culturas, o uso de drogas esteve diretamente ligado a festas e rituais de tribos e grupos, como elemento facilitador da coesão grupal. A droga, tornando os indivíduos mais desinibidos e sociáveis, favorece a sua integração e participação nas atividades do grupo, podendo até dizer-se que este é, provavelmente, o aspeto cultural mais observável ao longo dos tempos. De facto, o consumo de drogas, incluindo o álcool, sempre esteve ligado a acontecimentos festivos como meio para relaxar e *entrar na onda* (Poiares, 1999).

Daí se pode facilmente extrapolar que, a partir de tais situações, um certo número de indivíduos, por problemas, características ou contextos individuais e sociais, também passe a usar o tóxico fora das festividades, tornando-se dependente, passando do uso esporádico ao uso regular. Para esses indivíduos não seria suficiente a sensação de euforia ou entusiasmo no momento da festa, passaria sim a haver a necessidade e a compulsão de se drogar com maior frequência para vencer a angústia dos conflitos ou situações embaraçosas em que se encontra (Nunes & Jólluskin, 2010).

## 2.1. Locus de controlo

Ultimamente o estudo das variáveis da personalidade e a sua influência na adesão a comportamentos de risco e consequentemente na saúde do indivíduo, tem sido alvo de interesse. Uma dessas variáveis é o locus de controlo, que em diversas investigações provou ser um importante preditor dos resultados da saúde (Lowery, 1981; citado por Ribeiro, 1994).

O controlo interno tem sido relacionado a variáveis consideradas importantes, quer para o sistema de saúde em geral, quer para os cuidados de saúde dos quais se destacam: adoção de comportamentos de saúde (redução do consumo de tabaco, álcool, redução do peso excessivo), sendo uma variável significativa para o desenvolvimento de programas de intervenção na promoção da saúde e na prevenção da doença (Lau, 1982).

A literatura associada à temática do locus de controlo surge vinculada a quatro teorias, a teoria da aprendizagem social de Rotter (1966), a Expectativa de desânimo de Seligman (1975), teoria da Autoeficácia de Bandura (1977) e a teoria da atribuição causal de Weiner (1986).

Em 1989 surgiu a Teoria da Aprendizagem Social de J. Rotter, em que um dos componentes é o construto de *locus de controlo*, sendo a predição do comportamento humano em situações específicas, o objetivo fundamental desta teoria, o que pode explicar os tais comportamentos relativamente à saúde, acima referidos (Almeida, 2003).

Rotter ao desenvolver a sua teoria, sugere que o indivíduo perante determinada situação tem expectativas/crenças respeitantes aos resultados prováveis do seu comportamento. Estas expectativas que a pessoa tem de poder ou não controlar o que lhe acontece foram designadas por *locus de controlo*. Rotter considerou que quando um reforço é percebido pelo sujeito como sequência de alguma ação, mas não sendo inteiramente dependente dessa ação, ou seja, o resultado é dependente de fatores externos como a sorte, o acaso, o destino ou poder dos outros, seria o locus de controlo externo. Mas, se o indivíduo percebe que o acontecimento é dependente do seu próprio comportamento ou de características permanentes que ele possui, seria o locus de controlo interno (Bennett, 2002).

A teoria da atribuição causal proposta por Bernard Weiner (1986) baseia-se na necessidade humana de explicar os acontecimentos, centrando-se nas tarefas em que os resultados podem ser sentidos pelo sujeito como sucessos ou fracassos. A resposta ao porquê das suas causas, as quais não são mais do que as interpretações produzidas pelo sujeito.

As atribuições de causalidade representam crenças pessoais acerca das causas que são responsáveis por um determinado acontecimento, desempenhando um papel mediador e

orientador do comportamento e um incremento fundamental na motivação. Assim, na perspetiva da teoria atribucional, os sujeitos agem “*pela necessidade de compreensão dos acontecimentos e pelo desejo de mestria e de si próprio e do meio*” (Faria & Fontaine, 1993, p.67).

A teoria Social e Cognitiva de Albert Bandura, denominada até à década de oitenta, de teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1977), procura explicar o funcionamento humano no que se refere aos aspetos da motivação, do pensamento e da ação. Segundo esta teoria, o funcionamento psicológico é descrito aceitando que os indivíduos são providos de algumas capacidades básicas que os habilitam a exercer algum controlo sobre o ambiente e sobre os fatores que afetam as suas vidas. Trata-se, de uma teoria interacionista (o sujeito como produto e produtor do meio), que aceita o princípio de que o comportamento humano é aprendido, sendo esta aprendizagem uma experiência individual, resultado de uma interação recíproca entre o meio (ambiente potencial), o indivíduo e o próprio comportamento. Deste ambiente potencial, que se apresenta igual para todos, o indivíduo seleciona apenas o que valoriza, ou lhe parece importante, criando o seu ambiente real. É neste ambiente real que passa a atuar, influenciando-o e sendo, simultaneamente, influenciado por ele (Bandura, 1977).

Por fim, a Teoria do Desânimo Aprendido de Seligman (1975) refere que todos os indivíduos experienciam situações de desânimo já que, em algum momento da sua vida, se vêem confrontados com situações que não controlam, que não conseguem ultrapassar, ou em que os acontecimentos do meio são independentes do seu comportamento (situação de não contingência ou incontrolabilidade). O desânimo aprendido representa uma síndrome cognitivo-comportamental em que há uma aprendizagem individual. Se os indivíduos são capazes de aprender a contingência através da observação, são igualmente capazes de aprender que, na ausência de contingência entre o comportamento e o resultado, a não-contingência prevalece (Seligman, 1975). Assim, quando o indivíduo experiencia eventos negativos, que ocorrem independente das suas próprias ações, ou se envolve em situações incontroláveis, aprende que os eventos não dependem das respostas, caindo no desânimo (Seligman, 1975).

Assim, o locus de controlo é uma característica psicológica que tipifica o grau em que o indivíduo percebe que o que lhe acontece na vida no dia-a-dia é consequência das suas ações (Ribeiro, 1994). Contudo, pensa-se que o locus de controlo é uma característica relativamente duradoura, embora modificável com a experiência (Findley & Cooper, 1983).

Locus de controlo é a percepção de um reforço, por parte do sujeito, que pode ser interno ou externo, quando algo surge não sendo completamente devido às ações do indivíduo. Na nossa cultura, é tipicamente percebido como algo externo, como o acaso, a sorte, o destino, sob o controlo de outros poderosos. Quando um acontecimento é interpretado deste modo pelo indivíduo, designa-se por crença de controlo externo. Contudo, quando a percepção do reforço é atribuída pelo sujeito como seu ou a características suas relativas e permanentes, designa-se por uma crença de controlo interno (Rotter, 1990).

Neste sentido, o locus de controlo é uma variável psicossocial da personalidade bastante importante, uma vez que as suas características (internas ou externas), influenciam o comportamento dos indivíduos face às circunstâncias da vida (Pereira, 1999).

Atendendo ao exposto o construto locus de controlo refere-se a uma expectativa generalizada, que avalia a percepção individual de reforço e se divide em duas componentes: internalidade e externalidade (Bennett, 2002).

Rotter defendeu que o indivíduo interno, possuidor de forte crença de que pode controlar o seu destino, é provável que esteja mais atento aos aspetos do meio ambiente que fornecem informações úteis para o seu futuro comportamento, procure melhorar as condições ambientais e atribua maior valor às competências ou reforços de realização e se sinta mais interessado com as próprias capacidades (Rotter, 1966).

Todavia, os indivíduos internos são favorecidos com alguns contributos relacionados com a criatividade, como a autonomia, procura de informação necessária à mudança, independência de juízo, vontade de arriscar, auto – confiança, auto - imagem criativa e, parecem ser mais eficazes na aquisição, retenção e utilização da informação (Barros, 1992).

Relvas (1985), argumenta que as variáveis determinantes para a génese do *locus* de controlo, as mais referenciadas pelos autores são as causas pessoais, familiares e socioculturais, podendo existir interação e convergência entre elas. Assim, como fatores pessoais consideram-se a idade (normalmente a internalidade aumenta com a idade), o sexo (normalmente não há diferenças entre sexos, mas os homens tendem a ser mais internos), a inteligência (não há confirmação de maior inteligência nos internos), a saúde (maior externalidade em situações de doença grave e duradoura), os medos, as apreensões, as experiências passadas, entre outros.

Também o ambiente familiar tem sido fortemente implicado na génese do *locus* de controlo, nomeadamente as práticas educativas (Firmino, Matos & Vaz Serra, 1987), donde se depreende que as inter-relações pais/filhos se revestem de um cariz fundamental neste

contexto. Neste contexto, os pais com comportamento inconsistente apresentam maior tendência para desenvolver nos seus filhos um *locus* de controlo externo, dado que a criança não é capaz de prever ou antecipar os princípios da disciplina, deste modo as normas imprevisíveis (por parte dos pais) ligar-se-ão à sorte ou ao acaso. Por sua vez, pais controladores e punitivos, originam nos seus filhos a criação de um *locus* de controlo externo ligado a outros poderosos (Findley & Cooper, 1983).

Contrariamente, pais mais carinhosos, mais permissivos, encorajadores, não ameaçadores e mais flexíveis são importantes para a formação do *locus* de controlo interno, dado que a criança internaliza a responsabilidade pelas punições que possa receber (Relvas, 1985). O mesmo autor defende ainda que a estimulação da independência, afirmação e autonomia, ausência de preocupação em controlar o comportamento do filho, uma atitude de proteção, apoio e tolerância, podem ajudar na formação de um *locus* de controlo interno da criança (Relvas, 1985).

Quanto às determinantes socioculturais, as classes mais baixas tendem a maior externalidade, bem como os pertencentes a religiões mais tradicionalistas e fanáticas (seitas) e, nas etnias negras, Findley e Cooper (1983), concluíram que a instrução para além da escola secundária não aumenta praticamente as expectativas de controlo interno.

## 2.2. Autoconceito

Um outro construto da personalidade é o autoconceito, que se pode considerar uma variável significativa em todo o comportamento humano, sendo um valioso indicador do estado de saúde mental do ser humano (Vaz-Serra, Firmino & Ramalheira, 1988).

Gecas (1982) argumenta que o desenvolvimento do autoconceito, construto fundamental da personalidade, é influenciado por diversos fatores: aspeto físico, nível de inteligência, emoções, padrão cultural, família e *status* social.

O construto do autoconceito devido à sua importância, tem sido amplamente investigado nas mais diversas áreas. Inicialmente estudado por filósofos, teólogos, historiadores e outros, é nos finais do século XIX (1890), com William James, que o termo é investigado de modo mais sistemático, demarcando-se das posições filosóficas iniciais e ligando-se à Psicologia do Eu (Epstein, 1973).

De facto, William James é referido como sendo o primeiro autor a analisar o autoconceito numa despectiva psicológica (Burns, 1975). O autor considerou que o *self* do indivíduo estaria



dividido em "*The I*" e "*The Me*", sendo o "*The I*" o Eu conhecedor, ou seja, o aspeto do Eu que, de modo subjetivo, organizaria e interpretaria a experiência do indivíduo (Eu como sujeito). Neste sentido, é através do "*The I*" que o sujeito seria capaz de perceber, pensar e refletir quer sobre a realidade envolvente, quer sobre ele próprio. Assim, quando se tornasse ele próprio alvo do conhecimento, o sujeito seria o objeto, "*The Me*", e representaria o Eu enquanto conhecido (Eu como objeto). Deste modo, o / é responsável pela construção do *Me*, sendo este último a imagem que o sujeito tem de si - o autoconceito (Marsh & Shavelson, 1985).

O "*The Me*" teria como constituintes: o *self* material - que se refere a tudo o que o indivíduo possuísse e pudesse apelidar de "meu" (corpo, família, bens); o *self* social -que corresponderia aos aspetos relativos à sua relação com os outros (papéis, estatuto social, relações, personalidade); o *self* espiritual seria, na perspetiva de James, o mais oculto e interior, mas simultaneamente o mais estável (estados de consciência, pensamentos, emoções, desejos). Estes constituintes estão ordenados hierarquicamente e conferem ao sujeito a sua individualidade (*The pure Ego*) (Marsh & Shavelson, 1985).

Na época, James postulou ser necessário para o verdadeiro conhecimento do Eu, além de ter em conta os seus constituintes, considerar os sentimentos e emoções por eles evocados, bem como as ações que os preparam (Epstein, 1973).

Outro autor de referência neste constructo é Coley que em 1902 desenvolveu a Teoria *Looking Glass Self*, na qual defende que o *self* se desenvolve a partir das interações do sujeito com a sociedade (*feedback*), nomeadamente com as pessoas significativas para o indivíduo, que funcionariam como um espelho. Deste modo a imagem construída acerca de si, depende da informação que os outros lhe fornecem e da leitura que o sujeito faz da mesma (Angel & Angel 2005).

Também Mead (Burns, 1982) enfatiza a importância das interações estabelecidas pelo sujeito com os outros na criação da imagem acerca de si. Para este autor, o autoconceito surge da observação e interação do indivíduo com os outros, através das quais o sujeito aprenderia as regras sociais e modelaria o seu comportamento de modo agir adequadamente (do modo como os outros esperam).

Tal como James, Mead distingue a faceta "*The Me*", sublinhando a importância das reações dos outros na perceção que o indivíduo tem de si próprio (Burns, 1975), contudo para Mead o "*The I*" estaria relacionado com o sentido da liberdade, a iniciativa e a impulsividade do sujeito. Assim, o comportamento humano evoluiria do "*The I*" para o "*The Me*", sob a

influência da sociedade, dos seus princípios e regras, sendo através da interação com os outros que o indivíduo adotaria determinadas perspetivas e papéis, agindo da mesma forma como os outros relativamente a si.

Hadley, Elizabeth e Moore (2008) definiram auto conceito como sendo a autoavaliação ou auto - percepção e crenças dos eus próprios atributos. Autoconceito reflete que o indivíduo se avalia nos domínios em que consideram importantes e que obteve sucesso. Este é um processo simbólico em que determinada estrutura pessoal se forma, auxiliada pela linguagem, atribuindo designações a classes de comportamentos, que deste modo são definidos, englobados e hierarquizados numa ordem relativa de importância (Vaz Serra, 1988).

Vaz Serra (1986b), sublinha, que apesar de hipotético, inferido ou construído a partir de acontecimentos pessoais, este constructo, como elemento integrador, tem a utilidade prática de levar a reconhecer que o indivíduo, apesar de algumas variações, tem uma unidade e uma coerência de comportamento, que não podem unicamente ser atribuídas às influências do meio. O constructo do autoconceito fornece-nos ainda a noção de continuidade do comportamento e da identidade pessoal, bem como de consistência e de coerência tornando-se útil para descrever, explicar e/ou prever o comportamento humano (Vaz Serra, 1986b).

Ainda neste contexto, na definição do autoconceito geral, Burns (1975) considera que o autoconceito refere-se às percepções que o indivíduo constrói acerca de si próprio, a partir da avaliação das suas competências e desempenhos, estando presentes os aspetos cognitivos, afetivos e comportamentais, refere-se à autoestima como a forma como nos sentimos face às nossas competências e desempenhos. Assim, a autoestima é a valoração que o sujeito faz das diversas percepções que construiu sobre si próprio.

Shavelon e Bolus (1982), definem o autoconceito em termos gerais como a percepção que o sujeito tem de si próprio e que deriva das interações com os outros significativos, das autoatribuições e das experiências do sujeito no seu ambiente social.

Neste sentido, Vaz Serra (1988) refere que a construção do autoconceito é feita com base em quatro tipos de influências, a maneira como o indivíduo é observado pelos outros; a ideia que o indivíduo tem do seu desempenho em situações concretas; a escolha e confronto dos pares e a avaliação efetuada perante um comportamento específico em função dos valores estipulados por um grupo normativo. Estas situações podem favorecer ou desfavorecer o autoconceito, isto é, contribuem para a formação do autoconceito com características positivas ou negativas.

Para uma definição mais precisa de autoconceito, Shavelson e Bolus (1982) descreveram as características fundamentais deste construto. Neste sentido, o autoconceito é organizado e estruturado (os indivíduos recebem informação acerca de si, posteriormente categorizam essa mesma informação), é multifacetado (é estável, avaliativo, diferenciável e tem capacidade de se hierarquizar e organizar), é hierarquizado (no topo da pirâmide encontra-se o de autoconceito geral e na base as percepções que o indivíduo tem de si próprio e na zona intermédia as interferências sobre o self), é estável (no topo da hierarquia existe uma maior estabilidade, onde se encontra o autoconceito geral, contudo à medida que se desce na organização, a estabilidade tende a diminuir), carácter desenvolvimentista (o autoconceito desenvolve-se acompanhando o avanço da idade, tornando-se cada vez mais específico e diferenciado), descritivo e avaliativo (permite que o indivíduo se autoavalie e simultaneamente que descrevam os seus comportamentos e/ou desempenhos, retirando o que é mais útil para aplicar em novas situações) e é diferencial (pode comparar-se com outros constructos de forma a averiguar possíveis relações).

Segundo Vaz Serra (1988), as componentes do autoconceito são a autoestima, a autoimagem, a autoeficácia, o autoconceito real e o autoconceito ideal.

Nesta linha, a autoimagem refere-se ao resultado das observações, em que o indivíduo é ele mesmo objeto da sua própria observação (Vaz Serra, 1986b). A autoeficácia refere-se às auto-percepções em que o indivíduo acredita e confia na sua capacidade e eficácia para enfrentar o meio ambiente com efetividade e êxito, levando assim a consequências desejadas (Epstein, 1973). Segundo Albuquerque e Oliveira (2002) a autoestima é entendida como um processo avaliativo que o indivíduo faz dos seus desempenhos e das suas qualidades. Vaz Serra (1986b, 1988) salientou a importância do autoconceito real e ideal, pois o primeiro é como o indivíduo se vê a ele próprio e corresponde à realidade, já o autoconceito ideal, é a maneira que a pessoa gostaria de ser e não a percepção que faz de si mesma na realidade.

O conceito que o indivíduo faz de si próprio atravessa, condensa ou captura a essência de muitas outras variáveis (motivos, necessidades, atitudes, valores, personalidade) e, deste modo constitui uma variável mais simples e mais central com que podemos lidar (Vaz Serra, 1986a). Neste sentido, o autoconceito tem pelo menos duas funções básicas, por um lado organiza os dados da experiência que envolve a interação social e por outro lado facilita para a satisfação das necessidades evitando ao mesmo tempo desaprovação e ansiedade (Epstein, 1973).

### **3. Relação locus de controlo, autoconceito e toxicodependência**

De acordo com a investigação feita por Neto, Barros e Barros (1990) quanto mais elevado por o locus de controlo interno, maior a tendência para o indivíduo sentir responsabilidade pelos resultados positivos, o que evidencia uma correlação entre atribuição da responsabilidade pelos resultados positivos e a internalidade.

Vaz – Serra, Firmino e Matos (1987) estudaram o locus de controlo e o autoconceito na população em geral e verificaram que os indivíduos com um bom auto – conceito tendem a atribuir o reforço obtido a determinadas situações ao seu esforço e não aceitar que o mesmo seja devido a influência de outras pessoas mais poderosas ou fatores do acaso.

Strassberg e Robinson (1974) realizaram um estudo que relacionava o locus de controlo e outras medidas da personalidade em toxicodependentes, verificando elevados níveis de autoestima, ajuste psicológico, maior motivação para alcançar sucesso e menor motivação para evitar o fracasso, associado ao locus de controlo interno. Além disso, o locus de controlo foi significativamente relacionado com a orientação de um indivíduo para determinados aspetos de situações interpessoais. Contudo, não se encontrou relações com a idade nem com o tempo de uso de drogas (Strassberg & Robinson, 1974).

Neste contexto, Pereira (1999), num estudo realizado com heroinodependentes, postula a hipótese de que os indivíduos toxicodependentes apresentam maior tendência para a externalidade. No que respeita à internalidade, os resultados obtidos por Pereira (1999) não apresentam diferenças significativas entre os grupos. Relativamente à externalidade, pelo contrário, os indivíduos consumidores destacam-se consideravelmente daqueles que nunca consumiram heroína, corroborando a hipótese em estudo que a toxicodependência se associa à orientação externa da dimensão locus de controlo (Pereira, 1999).

Jafari e Shahidi (2010) realizaram um estudo de comparação do locus de controlo, assertividade e saúde em geral em pacientes dependentes de drogas no Irão. No que respeita ao locus de controlo, obtiveram scores mais elevados na componente interna, nos pacientes não toxicodependentes e scores mais elevados na componente externa do locus de controlo nos pacientes dependentes de drogas e nos que se encontravam na prisão.

Contudo, existem estudos que apontam no sentido contrário, é o exemplo o estudo que relacionou o locus de controlo com alcoolismo crónico ou com toxicodependentes, onde se constatou nas amostras de toxicodependentes a presença de um locus de controlo interno mais elevado em comparação com a população em geral (Barros, Barros & Neto, 1993). Relativamente a esta contradição Rotter (1975), opina que os alcoólicos e toxicodependentes

tantas vezes ouviram dizer que a cura estava nas suas mãos que acabaram por perceber que esta era a atitude que deveriam assumir. Barros e col., (1993), salientam também, o facto de frequentemente os alcoólicos e toxicod dependentes participarem em programas de tratamento que reforçam a internalidade.

Mais estudos foram executados, tais como o estudo de características de personalidade como o locus de controlo e hostilidade em dependentes de álcool elaborado por Singh (2011), onde constatou que os dependentes de álcool são indivíduos que se envolvem claramente em atos de agressão, desrespeitam a autoridade com maior facilidade comparativamente com os não alcoólicos, ao nível de locus de controlo, evidenciou-se um locus de controlo interno nos não consumidores.

Bavojdan, Towhidi e Rahmati (2011) elaboraram um estudo de relação entre saúde mental, autoeficácia, crenças, estratégias de *coping* e locus de controlo em toxicod dependentes do género masculino, constataram que quanto maior a autoeficácia, mais estratégias de *coping* possuem, e se mantiverem um locus de controlo interno vai melhorar a saúde mental nos toxicod dependentes, em contrapartida, baixa autoeficácia, baixas estratégias de *coping* e um locus de controlo externo levam a uma diminuição da saúde mental dos toxicod dependentes.

Recentemente, Ersche, Turton, Croudace e Stochl (2012) levaram a cabo um estudo piloto sobre crenças de locus de controlo em toxicod dependentes, para a realização deste estudo constituíram dois grupos, um grupo de toxicod dependentes presentes num programa de tratamento de drogas, um grupo sem história de dependências. Conclui-se deste estudo que os toxicod dependentes em programa de tratamento de drogas tinham um locus de controlo interno superior ao outro grupo, isto é, a extensão de controlo que a pessoa possui sobre situações relacionadas com a droga, depende essencialmente das experiências pessoais.

O construto do autoconceito tem sido implicado em várias situações clínicas, contudo, na área das adições e toxicod dependências ainda é pouco estudado. Neste sentido Wylie, Miller, Cowles e Wilson (1979), concluíram que diversas variáveis podem interferir na génese do autoconceito, após alguns estudos efetuados

Estudos realizados revelaram que o autoconceito tem uma capacidade preditiva importante em relação às expectativas, deste modo um bom autoconceito está ligado a expectativas positivas do indivíduo acerca de si próprio (Vaz-Serra & Firmino, 1986).

Neste sentido, Samuels e Samuels (1974) quiseram perceber se o autoconceito poderia ser uma das causas para o consumo de drogas, em adolescentes. Concluíram que o autoconceito

era uma variável importante para o início dos consumos de drogas e remataram que um baixo autoconceito leva mais rapidamente ao consumo de substâncias.

Vaz Serra, Antunes & Firmino (1986) verificaram a relação entre o autoconceito e as perturbações emocionais, concluindo que existe uma tendência geral para que os indivíduos com perturbações emocionais apresentem um autoconceito mais pobre comparativamente com a população em geral.

Mota Cardoso, Moura, Pais & Veríssimo (1986) comprovaram que o autoconceito pode ser uma entidade de vulnerabilidade nas perturbações psicopatológicas de nível neurótico.

O autoconceito também apresenta uma correlação negativa com a ansiedade, isto é, quanto mais ansioso for o indivíduo, menor autoconceito vai ter (Vaz Serra, Matos & Gonçalves, 1986).

Vaz-Serra, Firmino, Barreiro & Fael, (1989) estudaram as relações entre o autoconceito, solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão e comprovaram que os indivíduos com um mau autoconceito, não têm mecanismos adequados para lidar com estados de tensão e possuem maior tendência para a solidão.

Também entre as estratégias de *coping* e autoconceito foi demonstrada uma correlação positiva altamente significativa (Vaz Serra, Firmino & Ramalheira, 1988).

Wills (1994), através de um estudo sobre a autoestima e percepção de controlo no uso de substâncias na adolescência, constatou que o controlo interno e autoestima estão inversamente relacionados com o auto anulação, isto é, quanto maior a auto estima e o controlo interno, menor o auto anulação.

Martinez – Lorca e Alonzo – Sanz (2003) através de um estudo sobre a relação entre as sensações, autoconceito e assertividade, e consumo de drogas, constataram que o autoconceito emocional mostra uma relação direta com o consumo de drogas.

Num estudo sobre identidade e toxicodependência em população masculina em que se relacionou a relação paterna, autoconceito e identidade de género (Torrado & Ouakinin, 2008), constatou-se que os toxicodependentes evidenciam um autoconceito de si significativamente mais perturbado que os indivíduos não consumidores, assim como uma percepção menos masculina de si próprios.

Vasconcelos-Rapozo, Gonçalves, Teixeira & Fernandes (2009) efetuaram um estudo sobre a relação entre dimensões de autoconceito e consumo de álcool em alunos e os resultados evidenciaram uma ausência de relações significativas entre o autoconceito geral ou autoestima

e a ingestão de álcool, bem como uma relação pouco expressiva, verificada apenas ao nível do sexo feminino, entre o consumo de bebidas alcoólicas e o autoconceito total.

Recentemente, Fluentes, Garcia e Lila (2011) estudaram a relação entre o autoconceito e o consumo de substâncias na adolescência, evidenciando uma relação negativa entre o autoconceito e o consumo de substâncias.

Todas estas investigações, contraditórias ou não, traduzem não só a importância destes constructos, mas também a necessidade de melhorar o conhecimento da sua influência na adoção de comportamentos de risco para a saúde e nas próprias situações clínicas.

#### **4. Intervenção na toxicodependência**

A intervenção na área das toxicodependências em Portugal teve mais ênfase entre 1970 e 1974, onde houve um período de reforçada criminalização da droga (Poiares, 1999), que se foi esbatendo após a revolução do 25 de Abril de 1974. Então, foi ressurgindo a adequação de Portugal às orientações internacionais a respeito do fenómeno do consumo de drogas. Começaram a adotar-se medidas no sentido do tratamento e dos cuidados aos indivíduos toxicodependentes, muito embora de forma muito tímida (Sommer, 2004).

A partir de 1995 verificou-se uma franca atividade legislativa no âmbito da dependência de drogas, relativamente à qual o Estado passou a adotar um papel fortemente interventivo. Entre essas disposições legais destacaram-se algumas como o diploma de 1996, que possibilitou a proliferação dos serviços públicos de intervenção na área das toxicodependências. Algumas medidas e princípios, como a redução de danos, têm atraído a atenção e o investimento por parte das políticas centrais, dos serviços de saúde pública e dos profissionais da área (Poiares, 1998).

Entretanto, o Centro de estudos e Profilaxia da Droga (CEPD), criado em 1990 no âmbito dos Serviços de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), veio a dar lugar ao atualmente designado Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT). O CAT foi integrado numa rede nacional de tratamento das toxicodependências e constitui o grupo das mais antigas unidades ambulatoriais de tratamento em Portugal (Sommer, 2004).

Entre 2000 e 2004 vigorou o Plano de Estratégia Europeia do Tratamento da Toxicodependências, sob o paradigma biopsicossocial, visando a redução da procura das drogas adotada pela maioria dos países europeus e proclamada pelas Nações Unidas, que

defendem a criação de uma espécie de política mundial e consensual a respeito das drogas (Sommer, 2004).

Neste contexto nascem as comunidades terapêuticas com programas específicos para a reabilitação das toxicodependências, tendo em vista o atendimento e acompanhamento das diversas situações de toxicodependência (Nunes & Jólluskin, 2010). Assim, segundo Becõna e Martín (2004), as comunidades terapêuticas são centros residenciais que prestam cuidados aos indivíduos com problema de adição às drogas em regime de internamento. Estas comunidades procuram alcançar a reabilitação dos indivíduos através da organização estruturada de um conjunto de regras a cumprir por todos quanto lá vivam, participando ativamente na vida da comunidade durante um período de vários meses. Na maioria dos casos as comunidades terapêuticas são de gestão privada, integram os serviços de equipas multidisciplinares e regem-se por um programa terapêutico prévia e rigorosamente elaborado

O tratamento da toxicodependência em Comunidades terapêuticas pode passar por várias fases ou processo, entre eles a fase de acolhimento, a fase da permanência em comunidade e por fim a fase de reinserção, assim como acontece no Centro de Solidariedade de Braga – Projeto Homem (Mario Picchi, 1991).

Desta forma, e falando especificamente deste Centro uma vez que o estudo foi efetuado neste local torna-se pertinente. O Centro tem um projeto para reabilitação da Toxicodependência constituídos, atualmente, por duas fases, a comunidade e a Reinserção social. Assim, a comunidade visa desenvolver um trabalho de auto - conhecimento e crescimento pessoal em áreas distintas, tais como, comportamental, cognitivo, emocional/afetivo, existencial, prevenção de recaídas e a reinserção social, funciona em regime residencial e em regime ambulatorio, tem a duração de aproximadamente nove meses, tendo como objetivos a integração sócio - cultural, integração sócio - laboral e a autonomia progressiva (Mario Picchi, 1991), neste sentido, um processo de reinserção social na área da toxicodependência é composto por vários objetivos que visam no essencial proporcionar à pessoa alvo da intervenção, para além da cura física e psicológica da dependência, uma autonomia económica e social, uma vida afetiva e familiar no mínimo “satisfatória” e uma participação real na vida social, usufruindo dos seus direitos de cidadania e cumprindo também com os seus deveres de cidadão (Rebelo, 2007).

Kooyman (1993) refere que o primeiro objetivo de uma comunidade terapêutica é o desenvolvimento pessoal que se consegue através da troca de um estilo de vida individual por uma comunidade de pessoas interessadas que, trabalhando em conjunto, se ajudam a si



mesmas e umas às outras. Numa comunidade terapêutica as pessoas são membros como numa família e não pacientes como numa instituição. Membros e equipa atuam como facilitadores, dando ênfase à responsabilidade pessoal pela vida de cada um e pelo seu próprio aperfeiçoamento.

Para Neto (1990) uma comunidade terapêutica para toxicodependentes não é ainda a vida, mas pode ser uma boa preparação para tal. É não só uma casa onde se aprende a levantar cedo e a ter vontade de trabalhar, mas é, sobretudo, *“um meio continente e um espaço transitivo onde, mediante terapias adequadas, os jovens internados (residentes) mudam o estilo e as características das suas relações de objeto. Ascendem a uma consciência mais plena de si próprios e uma maior sensibilidade, poder e bondade sobre eles mesmos e sobre os outros”* (p. 25).

Com a construção de comunidades terapêuticas e de programas a elas subjacentes pode-se ajudar o dependente e a sua família a modificar as suas atitudes e comportamentos através de um método de trabalho que assenta nos princípios dos grupos de autoajuda, grupos de sentimentos, terapia racional-emotiva, psicologia transacional, palestras, filmes didáticos e terapias individuais. Através destas técnicas o indivíduo adquire uma consciência, até então inexistente, das implicações da sua doença, e consequentemente uma maior responsabilização pela sua recuperação. Através da partilha aprende com os outros elementos do grupo a identificar e a lidar de forma construtiva com os seus sentimentos e emoções e não de forma destrutiva como fazia no tempo do consumo de substâncias psicoativas (CRATO, 2010).

Neste sentido, o tratamento deve ser individualizado porque não existe um tratamento único adaptável a todos os indivíduos, deve ser amplo, isto é, deve abarcar várias áreas que fomentaram a busca de drogas, deve ser flexível, no sentido em que a adição implica a passagem de várias fases e tem que se respeitar a evolução de cada indivíduo, dilatado no tempo, pois os resultados só se verificam passado alguns meses após o início do tratamento, deve ser diversificado adotando diferentes formas de intervenção para assegurar a manutenção da abstinência e interdisciplinar pois apenas um tratamento com este carácter é capaz de garantir ao indivíduo a atenção necessário sob os pontos de vista sanitário, psicológico e social (Becõna & Martín, 2004).

A intervenção terapêutica a desenvolver com o adito às drogas pressupõe a consecução de alguns objetivos, tais como o reconhecimento, por parte do indivíduo, de que a sua situação é problemática, posteriormente a avaliação ao problema da adição e aos seus problemas associados, seguidamente uma desintoxicação da substância, passando a uma desabituação

psicológica da substância, é importante de seguida fazer treino de habilidades sociais de prevenção de recaída para, no final obter mudança para um estilo de vida saudável (Becõna & Vásquez, 2001).

Na intervenção é importante ter em conta desde logo, o tipo de relação terapêutica a estabelecer, pois esta carece de determinadas características essenciais ao processo de mudança. A qualidade desta relação é determinante relativamente à capacidade de ajuda ao indivíduo que pretende libertar-se das drogas. Relativamente ao processo de estabelecimento da relação terapêutica, há ainda alguns aspetos fundamentais como a empatia, o controlo, a escuta e a confiança (Morel, Harvé & Fontaine, 1998). A empatia consiste no suporte relacional que implica a identificação deliberada com o outro, no sentido de melhor se capturar o que aquele poderá sentir (Leal, 2008), o controlo traduz-se numa forma de exercer algum domínio sobre as próprias projeções do terapeuta (Leal, 2008), a escuta, enquanto capacidade que se vai adquirindo e desenvolvendo, implica uma adequada gestão de silêncios (Leal, 2008) e a confiança constitui um dos aspetos mais difíceis de alcançar e manter coma população de indivíduos consumidores de drogas (Morel, Harvé & Fontaine, 1998).

Estas características definidoras da qualidade da relação terapêutica são extremamente importantes em todas as fases do processo, sendo válidas quer no plano da intervenção, quer na vertente de carácter mais preventivo (Nunes & Jólluskin, 2010).

Relativamente à reinserção social, está deverá proporcionar ao toxicodependente em recuperação a transição para uma atividade ou ocupação, profissional, socialmente aceite, como uma forma de vida saudável e livre de drogas, o retomar os seus estudos ou formações interrompidas, proporcionando alguma qualificação específica, a aquisição de competências para usufruto de áreas de interesse que deem sentido aos seus tempos livres, o proporcionar relações satisfatórias com a família e amigos, projetos de vida motivantes, exequíveis e harmoniosos. Trata-se de um processo muito longo, sem limite de duração, sendo que em grande parte das situações de reconstrução de uma vida exige normalmente mais de um ano, para a preparação e arranque do projeto de reinserção social (Rebelo, 2007).

A aquisição de competências de relacionamento e interação social, a responsabilização pelos seus próprios atos e atitudes, a tolerância à frustração, a aprendizagem à confrontação com problemas e conflitos, a aceitação de responsabilidades sociais, a planificação e organização do seu projeto de vida indo ao encontro de uma estabilidade emocional e afetiva são pressupostos concretos da reinserção social na problemática da toxicodependência. Inerente ao que foi referido, será necessário uma potencialização através da formação e

capacitação laboral da pessoa, preparando-a para a “transição ao trabalho” da forma mais eficaz (Rebelo, 2007).

A intervenção na toxicodependência é importante uma vez que possibilita a mudança do indivíduo a vários níveis. O toxicodependente torna-se mais estável afetivamente (Ferreiros, 2011), com maior autoconceito (Projeto Homem, 2003) e maior coesão familiar e social (Nunes & Jóluskin, 2010).

## II- METODOLOGIA

### 1. Objetivo do Estudo

O presente trabalho terá como propósito a consecução dos seguintes objetivos: avaliar e analisar se existem diferenças relativamente aos toxicod dependentes em comunidade terapêutica e toxicod dependentes em reinserção social, no que respeita às variáveis psicológicas Locus de Controlo de Saúde e o Autoconceito. Neste sentido, os resultados desta investigação poderão contribuir para adequação das estratégias de prevenção direcionadas a esta problemática e nos diferentes contextos, tanto em processo terapêutico como em processo de reinserção social.

### 2. Variáveis

**Variáveis sociodemográficas:** género, idade, escolaridade, estado civil.

**Variáveis clínicas:** presença de doença, droga de eleição, tratamentos anteriores, história familiar de consumo de drogas, consumo intravenoso.

**Variáveis psicológicas:** rejeição social, auto – eficácia, maturidade psicológica, níveis de impulsividade (Autoconceito), internalidade e externalidade (Locus de Controlo de Saúde).

### 3. Hipóteses

**Hipótese 1.** Espera-se que haja diferenças significativas entre os *Toxicod dependentes em Comunidade terapêutica* e os *Toxicod dependentes em processo de Reinserção social* ao nível de Locus de Controlo (internalidade vs externalidade).

**Hipótese 2.** Prevê-se diferenças significativas entre os *Toxicod dependentes em Comunidade terapêutica* e os *Toxicod dependentes em processo de Reinserção social* ao nível de rejeição social (F1), auto – eficácia (F2), maturidade psicológica (F3) e níveis de impulsividade (F4).

## **4. Design**

Trata-se de um estudo quantitativo e tem um carácter transversal uma vez que possui apenas um momento de avaliação. Neste sentido, o método é quasi-experimental, estando ligado a dois tipos de variáveis: independentes e dependentes, no sentido de que uma afeta a outra (Fortin, 2003). Assim, as variáveis independentes são: toxicodependentes em comunidade terapêutica e toxicodependentes em reinserção social e as variáveis dependentes são a rejeição social, auto – eficácia, maturidade psicológica, níveis de impulsividade (Autoconceito), internalidade e externalidade (Locus de Controlo de Saúde). O *design* é inter-sujeitos, pelo facto de querermos comparar dois grupos independentes (e mutuamente exclusivos) ao nível de locus de controlo (H1) e autoconceito (H2).

### **1. Procedimentos**

Com a finalidade de efetuar a recolha de dados junto dos toxicodependentes nas duas valências (Comunidade terapêutica e reinserção social), foi pedido à Diretora do Projeto Homem a autorização ao nível da recolha de dados. Após esta autorização, que foi imediata, iniciou-se a recolha de dados, que se efetuou desde Dezembro 2011 a Abril 2012. Aos participantes foram explicadas o carácter voluntário e confidencialidade da participação. A participação ocorreu num só momento, após preenchimento do consentimento informado (anexo I).

Como critérios de inclusão, os participantes tinham que saber ler, escrever e estar abstinentes. No grupo de toxicodependentes em comunidade terapêutica, preencheram apenas os que permaneciam apenas à cinco meses no tratamento, para que não interferisse nos resultados e se verificarem as mudanças relativamente às variáveis que se pretende estudar. Não surgiram desistências nem mortes, sendo a taxa de mortalidade e de desistência de 0%.

Para se poder utilizar os questionários de Locus de Controlo de Saúde e Autoconceito, foi pedida autorização aos respetivos autores (anexo II).

### **2. Caracterização da amostra**

A amostra foi recolhida na Associação de Solidariedade de Braga – Projeto Homem, na valência comunidade terapêutica e na valência reinserção social.

A amostra é constituída por 60 indivíduos toxicod dependentes, mais propriamente, 30 toxicod dependentes em comunidade terapêutica (50%) e 30 toxicod dependentes em processo de reinserção social (50%). São todos do sexo masculino (100%).

Em termos de amostra geral, a idade dos participantes varia entre 22 e os 46 anos, com uma média de 34.02 e um desvio padrão de 6.38 anos. Relativamente à escolaridade, cinco (8.3%) têm o 1º ciclo, 23 (38.3%) têm o 2º ciclo, 23 (38.3%) têm o 3º ciclo, seis (10.0%) têm o secundário, dois (3.3 %) têm estudos universitários e um (1.7%) tem formação pós graduada (Tabela 1). A maior parte dos participantes, 48 (80.0%) são solteiros, quatro (6.7%) são casados, dois (3.3%) estão em união de facto, cinco (8.3%) estão divorciados e um (1.7%) é viúvo (Tabela 1). No que concerne à nacionalidade, 58 (96.7%) dos participantes são Portugueses.

Do total de participantes, 44 (73.3%) não tem doenças associadas provenientes dos consumos, 10 (16.7%) apresentam Hepatite, cinco (8.3%) tem SIDA e um (1.7%) apresenta tuberculose. No que respeita à droga de eleição, 35 (58.3) refere a heroína, 16 (26.7%) cocaína, seis (10.0%) haxixes e três (5.0%) apontaram outras drogas (Tabela 1). Quanto ao consumo intravenoso, 27 (45.0%) mencionaram terem injetado e 33 (55.0%) nunca injetaram. Metade dos participantes têm familiares com problemas de drogas (50.0%). Os participantes encontram-se todos abstinentes (100%), mas 33 (55.0%) já receberam tratamentos anteriores, isto é, tiveram recaídas (Tabela 1).

**Tabela 1.** Amostra geral (N=60)

	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D. P</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Sujeitos</b>	60	34.02	6.38	22	46

  

		<b>Frequência simples</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Escolaridade</b>	1º ciclo	5	8.3 %
	2º ciclo	23	38.3 %
	3º ciclo	23	38.3 %
	Secundário	6	10.0 %
	Estudos universitários	2	3.3 %
	Formação pós graduada	1	1.7 %

	Solteiro	48	80.0 %
	Casado	4	6.7 %
<b>Estado civil</b>	União de facto	2	3.3 %
	Divorciado	5	8.3 %
	Heroína	35	58.3 %
<b>Droga de eleição</b>	Cocaína	16	26.7 %
	Haxixe	6	10.0 %
	Outras	3	5.0 %
<b>Recaídas</b>	Sim	33	55.0 %
	Não	27	45.0 %

Comparando agora os dois grupos, a idade dos participantes do grupo de toxicod dependentes em comunidade terapêutica varia entre 22 e 46 com uma média de 33.87 e um desvio padrão de 7.28 e do grupo de reinserção social varia entre 22 e 42 com uma média de 34.17 e um desvio padrão de 5.46. A maioria dos participantes da comunidade terapêutica tem o 3º ciclo, 14 (46.7%), 9 (30.0%) tem o 2º ciclo, três (10.0%) tem o 3º ciclo, dois (6.7%) tem o 1º ciclo e dois (6.7%) tem estudos universitários. No grupo de reinserção social a maioria apresenta 2º ciclo de escolaridade 14 (46%), 9 (30.0%) 3º ciclo, três (10.0%) 1º ciclo, 3 (10.0%) estudos universitários e um (3.3%) tem formação pós graduada. Tanto num grupo como no outro a maioria dos participantes são solteiros com 24 (80.0%) em cada grupo. Relativamente à nacionalidade, no grupo da comunidade terapêutica são 100% portugueses, na reinserção existe, dois (6.7%) com outra nacionalidade que não a portuguesa e 28 (93.3%) portugueses. No que respeita a doenças provocadas pelos consumos, a maioria não apresenta doenças, no entanto no grupo de comunidade, seis (20.0%) apresentam hepatite, dois (6.7%) SIDA e uma (3.3%) tuberculose. No grupo de reinserção social, a maioria também não apresenta doenças (76.7%), quatro (13.3%) apresenta hepatite e três (10.0%) apresenta SIDA. A droga de eleição destaca-se a heroína nos dois grupos, 46.7 % no grupo de comunidade terapêutica e 70% dos participantes de reinserção. No que se refere ao consumo intravenoso, no grupo de comunidade terapêutica 16 (53.3%) nunca injetaram, sendo que 14 (46.7%) já injetaram e no grupo de reinserção social 17 (56.7%) nunca injetaram e 13 (43.3%) já injetaram. No grupo de comunidade terapêutica, 16 (53.3%) têm familiares com problemas de drogas e 14 (46.7%) não apresentam familiares com problemas de drogas, no outro grupo é o inverso. Por fim, no grupo de comunidade terapêutica, 17 (56.7) são recaídos e 13 (43.3%)

não são recaídos, isto é, nunca receberam nenhum tratamento anterior, no grupo de reinserção social 16 (53.3%) são recaídos e 14 (46.7%) não são recaídos.

### 3. Instrumentos

#### 3.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado com o objetivo de recolher informação relativa às variáveis clínicas e socioculturais dos toxicod dependentes, nomeadamente a idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, porte de doenças, familiares com a problemática. Além disso, recolher também a informação clínica acerca da duração em tratamento e idade de início de tratamentos. Este instrumento foi adaptado do questionário sociodemográfico existente na instituição (anexo III).

#### 3.2. Escala de Locus de Controlo de Saúde (LCS) (Wallston, K.A., & Wallston. B.S., 1976; reconstrução e validação para a população Portuguesa por Pais Ribeiro, 1994) (Anexo IV).

A Escala de Locus de Controlo de Saúde (LCS), foi desenvolvido a partir das escalas *Health Locus of Control Scale* (Wallston, K.A., & Wallston. B.S., 1976), *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (Wallston, K.A., Wallston B.S., & DeVellis, R., 1978), *Health – Specific Locus of Control* (Lau & Ware, 1981), sendo o processo de reconstrução e validação da escala para a população portuguesa realizado por Ribeiro (1994), através de dois estudos distintos.

No primeiro estudo, utilizou uma amostra de 135 estudantes universitários saudáveis, e procedeu à escolha dos itens a incluir na escala, selecionados a partir das escalas acima mencionadas. Neste estudo, a análise fatorial com rotação ortogonal (varimax) sugere a existência de duas raízes latentes superiores a um que explicam 43% da variância total. Neste seguimento foram encontrados os 14 itens, dos 39 iniciais, que compõem a escala, distribuídos por dois fatores: LC – locus de controlo (Internalidade) composto por 8 itens (2,3,4,6,7,8,12e 13) e OP – outros poderosos (Externalidade) composto por 6 itens (1,5,9,10,11e 14).

O segundo estudo foi constituído por uma amostra intencional composta por 609 estudantes saudáveis (entre o 11º ano e o último ano da faculdade), procedeu-se à aplicação e



análise da escala resultante do primeiro estudo. Neste estudo Ribeiro (1994) repetiu a análise fatorial e verificou a existência de estabilidade nos valores entre a primeira e a segunda passagem, porém o valor da variância total (41.8%) é recatado.

Na revisão da literatura, o autor também encontrou valores idênticos em estudos de análise com escalas deste tipo.

Deste modo, a Escala de Locus de Controlo de Saúde, é de tipo Likert, constituída por 14 itens, cotada de 1 a 7, variando o somatório total entre 14 e 98 (itens 1,2,3,5,7,10,11,12,13 e 14 são pontuados inversamente), de modo a que o valor mais baixo corresponde ao locus de controlo externo e o mais elevado ao locus de controlo interno.

No que concerne à análise da consistência interna do instrumento, apresenta para a escala total um coeficiente alfa de Cronbach de .69 e de .75 e .74 respetivamente para o locus de controlo e outros poderosos. Sendo assim, os valores obtidos para a escala de locus de controlo de saúde são superiores aos instrumentos semelhantes de língua inglesa.

Uma vez que este instrumento se encontra validado para a população portuguesa, apenas se avaliou a fidelidade na presente amostra (anexo V). A escala total apresentou um alfa de Cronbach de .67, para a externalidade apresentou .67 e para a internalidade .57, o que traduz consistência interna aceitável.

### 3.3. *Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) (Vaz Serra, 1986)* (anexo VI)

O ICAC é uma escala unidimensional, subjetiva, de autoavaliação de aspetos emocionais e sociais do autoconceito, construída por Vaz-Serra em 1985 (1986). Esta é uma escala já validada na população Portuguesa pelo autor e largamente utilizada em diversos estudos de investigação, com diversas amostras. A análise fatorial, com rotação ortogonal mostra a existência de seis fatores com raízes superiores a um que explicam 53.42% da percentagem cumulativa da variância. Destes fatores, quatro são perfeitamente bem definidos e dois são fatores mistos.

O fator 1 (F1) traduz a aceitação/rejeição social (itens 1,4,9,16,17); o fator 2 (F2) exprime a autoeficácia (itens 3,5,8,11,18,20); o fator 3 (F3) caracteriza a maturidade psicológica (itens 2,6,7,13) e o fator 4 (F4) representa a impulsividade (itens 10,15,19). Os fatores 5 e 6 apresentam um carácter misto pelo que o autor não lhes atribuiu uma denominação específica.

Trata-se de uma escala tipo Lickert constituída por 20 itens, cotados de 1 a 5, e elaborada de modo a que quanto mais alta a pontuação obtida melhor o autoconceito do indivíduo. A pontuação total poderá variar entre 20 e 100.

Importa salientar que alguns itens (3, 12, 18) foram elaborados de forma negativa, pelo que a sua pontuação deverá ser invertida, mantendo o mesmo princípio de que a maior pontuação exprima um autoconceito mais elevado.

O autor, quando da validação do ICAC, obteve um coeficiente de Spearman-Brown de .791 para uma amostra de 920 elementos da população geral e, um coeficiente teste-reteste de .838 para 108 elementos, com intervalo de um mês, o que revela uma boa consistência interna e estabilidade temporal.

A correlação entre a classificação pessoal do autoconceito e a nota global obtida na escala, foi de .466 para os 920 elementos da amostra, o que traduz uma boa validade do constructo.

Uma vez que este instrumento se encontra validado para a população portuguesa, apenas se avaliou a fidelidade na presente amostra (anexo VII). Para uma amostra de 60 sujeitos obteve-se para a escala total um alfa de Cronbach's de .76, o que traduz boa consistência interna.

#### **4. Análise de dados**

A fim de infirmar ou confirmar as hipóteses apresentadas, recorreu-se ao software estatístico IBM SPSS Statistics 19, para o tratamento e análise dos dados recolhidos.

De modo a caracterizar a amostra ao nível das variáveis sociodemográficas e clínicas utilizou-se a estatística descritiva (frequência, média e desvio-padrão).

Para se verificarem os requisitos para a análise paramétrica, utilizou-se o teste de normalidade (Kolmogorov – Smirnov quando o  $n \geq 30$  ou Shapiro – Wilk quando  $n \leq 30$ ) e de homogeneidade (teste de Leven). Ao nível das hipóteses de estudo, uma vez que tanto na 1ª hipótese como na 2ª hipótese estão em análise dois grupos e queremos saber as diferenças inter sujeitos, optamos pelo teste T para amostras independentes ou pelo teste de Mann-Whitney. Neste sentido, para se utilizar o teste T para amostras independentes os pressupostos para análise paramétrica têm que estar cumpridos, o que aconteceu com a hipótese 1, na hipótese 2 utilizou-se o teste de Mann-Whitney, porque não se verificaram os pressupostos de análise paramétrica.

Para as análises exploratórias utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson sempre que os pressupostos da estatística paramétrica se encontravam preenchidos e o Coeficiente de Correlação de Spearman, bem como o Coeficiente de Correlação Bi-Serial para avaliar a relação entre a recaída e a internalidade (uma variável nominal dicotómica e uma variável intervalar), quando não se verificaram os pressupostos de aplicação de estatística paramétrica.

### III - RESULTADOS

Nesta secção serão apresentados os resultados das hipóteses testadas.

#### 1. Testes de Hipóteses

**Hipótese 1:** espera-se que haja diferenças significativas entre os *Toxicodependentes em Comunidade terapêutica* e os *Toxicodependentes em processo de Reinserção social* ao nível de Locus de Controlo (internalidade vs externalidade).

Através dos resultados do teste T para amostras independentes de comparação da média de internalidade e externalidade entre toxicodependentes em comunidade terapêutica e toxicodependentes em reinserção social, revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas verificou-se que, tanto os toxicodependentes em comunidade terapêutica como os toxicodependentes em reinserção social apresentam maiores níveis de internalidade (Tabela 6), isto é, têm a percepção de que os comportamentos de saúde dependem essencialmente de si e dos próprios comportamentos.

**Tabela 2.** Resultado dos testes T para amostras independentes (N=60)

Variáveis	Toxicodependentes em Comunidade Terapêutica	Toxicodependentes em reinserção social	t(58)
	(n=30)	(n=30)	
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>Externalidade</b>	19.70 (4.18)	18.70 (4.23)	.361
<b>Internalidade</b>	37.27(6.88)	37.27 (7.37)	1.000

**Hipótese 2.** Prevê-se diferenças significativas entre os *Toxicodependentes em Comunidade terapêutica* e os *Toxicodependentes em processo de Reinserção social* ao nível de rejeição social (F1), auto – eficácia (F2), maturidade psicológica (F3) e níveis de impulsividade (F4).

Os dados indicam a existência de diferenças significativas ao nível da rejeição social (fator 1) ( $U=284.50$ ,  $p<.05$ ), indicando que os toxicod dependentes em comunidade terapêutica apresentam menor rejeição social que os que se encontram em reinserção social. Verificam-se também diferenças significativas relativamente à autoeficácia (Fator 2) ( $U= 241.50$ ,  $p<.05$ ). Estes dados revelam que os toxicod dependentes em comunidade apresentam menor autoeficácia comparativamente com os utentes em reinserção social. Por fim, verifica-se diferenças significativas no que concerne à maturidade psicológica (fator 3) ( $U=262.50$ ,  $p<.05$ ), revelando que os toxicod dependentes em comunidade terapêutica apresentam menor maturidade psicológica em relação aos toxicod dependentes que estão em reinserção social.

Não se verificaram diferenças relativamente ao fator 4 (impulsividade) (Tabela 7).

**Tabela 3.** Resultados dos testes Mann-Whitney ( $N=60$ )

Variáveis	Toxicod dependentes em Comunidade Terapêutica	Toxicod dependentes em reinserção social	U
	(n=30) Ordem média	(n=30) Ordem média	
<b>Rejeição social (F1)</b>	24.98	36.02	<b>284.500*</b>
<b>Autoeficácia (F2)</b>	23.55	37.45	<b>241.500*</b>
<b>Maturidade psicológica (F3)</b>	24.25	36.75	<b>262.500*</b>
<b>Impulsividade (F4)</b>	29.92	31.08	432.500

\* $p < .05$

## 2. Análises exploratórias

### *Relação entre a recaída (ter efetuado tratamentos anteriores) e a dimensão internalidade do Locus de Controlo*

Os resultados demonstram haver uma associação positiva significativa entre a recaída e a internalidade ( $r_{pb} = .267$ ,  $p = .04$ ), revelando, assim, que os participantes que recaem têm maior

internalidade de locus de controlo, isto é, os toxicodependentes que recaem têm mais perceção de que a saúde depende essencialmente das suas próprias ações.

### ***Relação entre os anos de escolaridade e as variáveis psicológicas***

Os resultados demonstraram que não existe uma relação significativa entre os anos de escolaridade dos toxicodependentes e a internalidade ( $r_s=.253$ , n. s.), a externalidade ( $r_s=.244$ , n. s.), a rejeição social ( $r_s= -.250$ , n. s.), a autoeficácia ( $r_s= -.015$ , n. s.), a maturidade psicológica ( $r_s= - .017$ , n. s.) e a impulsividade ( $r_s= .147$ , n. s.).

### ***Relação entre a idade e as variáveis psicológicas***

Os resultados demonstraram que não existe uma relação significativa entre a idade dos toxicodependentes com a internalidade ( $r = -.319$ , n.s.), a externalidade ( $r = -.862$ , n.s.), a rejeição social ( $r = -.49$ , n. s.), a autoeficácia ( $r =.72$ , n.s.), a maturidade psicológica ( $r = .35$ , n. s.) e a impulsividade ( $r = -.205$ , n. s.).

## IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

**Hipótese 1. Espera-se que haja diferenças significativas entre os *Toxicodependentes em Comunidade terapêutica* e os *Toxicodependentes em processo de Reinserção social* ao nível de Locus de Controlo (internalidade vs externalidade).**

O locus de controlo de saúde em toxicodependentes adultos é pouco estudado, pelo que existem muitos estudos na fase da adolescência e escassez relativamente à fase adulta. Visto que o locus de controlo de saúde é uma variável psicológica muito importante no ser humano, porque permite que se façam escolhas e decisões, estas podem ser assertivas ou não dependendo do sujeito e dependendo da dimensão que vigora em cada um (internalidade/externalidade) (Bennett, 2002). Neste sentido é uma variável importante no toxicodependente em tratamento pois permite-lhe decidir sobre a sua vida e tomar consciência da sua vida, sendo que o toxicodependente que possui um locus de controlo interno têm maior probabilidade de continuar o tratamento do que aquele que tem um locus de controlo externo (Strassberg & Robinson, 1974), pois o primeiro sabe que a cura depende de si e por isso permanece em tratamento e o segundo tem a crença que a cura não depende de si, tendendo a desistir mais facilmente do tratamento (Neto, Barros & Barros, 1990).

A generalidade dos estudos aponta para uma maior externalidade de locus de controlo, nos toxicodependentes (Bavadjan, Towhidi & Rahmati, 2011; Jafari & Shahidi, 2010; Pereira, 1999), não indo de encontro aos resultados obtidos no presente estudo.

Os resultados do presente estudo não apresentam diferenças significativas entre os grupos relativamente ao locus de controlo de saúde, e, perante a análise das médias, os dois grupos apresentam locus de controlo mais interno do que externo.

A verdade é que os dois grupos se encontram em tratamento, facto que influenciará os resultados também, porque os toxicodependentes que procuram tratamento têm a consciência que a saúde depende apenas deles (Jólluskin & Nunes, 2010), tem de ser uma motivação intrínseca, isto é, locus de controlo interno. Neste sentido, tanto os toxicodependentes da comunidade terapêutica, como os toxicodependentes da reinserção social, não apresentam diferenças significativas, e prevalece a internalidade em ambos os grupos.

Outro facto que pode explicar a ausência de diferenças entre os grupos a nível de locus de controlo é a proporção da recaída que a amostra apresenta, isto é, mais de metade da amostra (55%), já recebeu tratamentos anteriores, o que evidencia a internalidade do locus de

controlo. Estes resultados assimilam-se aos resultados obtidos por Barros e col. (1993), que verificaram que os toxicodependentes eram mais internos que a população em geral, devendo-se ao facto dos toxicodependentes ouvirem inúmeras vezes e, muito frequentemente, que a sua cura está acima de tudo dependente deles mesmos.

**Hipótese 2. Prevê-se diferenças significativas entre os *Toxicodependentes em Comunidade terapêutica* e os *Toxicodependentes em processo de Reinserção social* ao nível de rejeição social (F1), auto – eficácia (F2), maturidade psicológica (F3) e níveis de impulsividade (F4).**

O autoconceito é uma variável psicológica intrínseca ao ser humano e por vezes influencia o dia-a-dia das pessoas (Epstein, 1973). No toxicodependente este é muito importante na tomada de decisão de consumir ou não drogas, este apresenta uma relação negativa significativa com o consumo de drogas, isto é, quanto menor o autoconceito, maior irá ser a vontade de consumir (Fluentes, Garcia & Lila, 2011; Martinez-Lorca & Alonzo-Sanz, 2003; Samuels & Samuels, 1974). As dimensões que o autoconceito tem subjacentes também não deixam de ser importantes, e marcantes na vida e na escolha dos toxicodependentes, tais como as variáveis que foram estudadas no presente estudo e que também já foram estudadas em estudos anteriores, sendo elas a rejeição social, a autoeficácia, a maturidade psicológica e a impulsividade.

Os resultados obtidos neste estudo relativamente à rejeição social, apontam para uma elevação nos toxicodependentes em reinserção social comparativamente aos toxicodependentes em comunidade terapêutica, indicando que os toxicodependentes quando iniciam o seu processo de ressocialização na reinserção social, após o tratamento, experimentam maior rejeição social, que os toxicodependentes que estão protegidos em comunidade terapêutica em que o processo de ressocialização ainda é pouco fortalecido e trabalhado. Estes resultados justificam-se pelo facto da sociedade avaliar negativamente os ex-consumidores, criando preconceitos relativamente a estes, provocando atitudes de rejeição (Carvalho, 2007).

No que concerne à autoeficácia, esta também está relacionada com mudança de comportamento durante ou posterior ao tratamento e manutenção desta mudança após o término do tratamento (Rounds-Bryant, Flynn & Craighead, 1997). No presente estudo obtivemos diferenças significativas entre os grupos no que respeita à autoeficácia, sendo os



toxicodependentes em reinserção social que apresentam um nível de autoeficácia superior, podendo-se constatar que houve mudanças a nível de comportamentos da comunidade terapêutica para a reinserção social. Estes resultados indicam que a autoeficácia está diretamente relacionada com a abstinência, indo ao encontro do estudo de Ibrain, Kumar & Abu Samah (2011) que indicou que a elevada autoeficácia é um bom preditor para que os toxicodependentes continuem a sua abstinência de drogas e especialmente quando enfrentam os desafios da vida após o seu tratamento, tal como acontece no presente estudo, a autoeficácia está mais elevada nos toxicodependentes da reinserção social, pois aqui estes já se encontram em contacto com a sociedade e deparam-se com obstáculos. Outros estudos demonstram a eficiência da autoeficácia, rematando que quanto mais elevada a autoeficácia for, mais fácil é resistir ao uso de uma substância, tanto no tratamento como após o tratamento (Rounds-Bryant, Flynn & Craighead, 1997).

A nível de maturidade psicológica, tal como a autoeficácia, o grupo de reinserção social apresenta valores superiores ao grupo de comunidade terapêutica, sendo estas diferenças significativas entre os grupos. Estes resultados refletem um amadurecimento intelectual e psicológico dos toxicodependentes no processo de reabilitação, sendo que no início o grau de maturidade é baixo e após o tratamento, este aumenta substancialmente, podendo dizer-se que os programas de tratamento são importantes para o crescimento e neste caso específico, verificou-se esse facto. Estes resultados refletem que o tratamento passa pelo autoconhecimento e pelo amadurecimento a nível pessoal e intelectual (Rebelo, 2007).

Por último, a nível de impulsividade não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, no presente estudo. Estes resultados podem dever-se ao facto da impulsividade ser uma característica vigente e vincada do toxicodependente (Matos & Camacho, 2006), e um dos mecanismos de defesa para esconderem o que sentem (Neto, 1990). É uma característica da personalidade difícil de trabalhar e que os próprios toxicodependentes treinaram toda a vida, enquanto consumiam (Rahoui & Reynaud, 2008).

Existe uma escassez de estudos relativamente à rejeição social, à auto – eficácia, à maturidade psicológica e à impulsividade na toxicodependência, em indivíduos do género masculino e adultos.

## **Análises exploratórias**

### ***Relação entre a recaída (ter efetuado tratamentos anteriores) e a dimensão internalidade do Locus de Controlo***

Não existem estudos efetuados que relacionem estas duas variáveis, pelo que é um resultado pioneiro e bastante importante. Neste estudo, os resultados evidenciam uma relação positiva significativa, isto é, quanto maior o número de recaídas, maior a internalidade do sujeito. Este resultado confirma a hipótese 1 e os pressupostos apontados para os resultados obtidos.

Neste sentido, de acordo com os resultados obtidos, pode afirmar-se que as recaídas fortalecem a internalidade do locus de controlo, isto é, o número de recaídas que o toxicodependente apresenta influencia o locus de controlo, o utente começa a ter a perceção de que a cura e a sua própria saúde, depende essencialmente de si e não de fatores externos.

O efeito dos tratamentos sobre diferentes indivíduos mostrou que o problema com a reabilitação e tratamento não é fácil de superar porque a possibilidade para aqueles que ficaram abstinentes de drogas para voltar ao velho hábito é alta (Ibrain, Kumar & Abu Samah, 2011), para os que têm um locus de controlo externo.

## **1. Limitações do estudo**

Foram várias as limitações ao longo do estudo, podendo de alguma forma terem influenciado os resultados obtidos.

A principal limitação prende-se com o tamanho da amostra, visto que a amostra era constituída apenas por 60 participantes, para além de ter sido recolhida exclusivamente no Centro de Solidariedade de Braga – Projeto Homem, obriga a uma leitura cuidadosa dos resultados. Além disso, o Inventário de Locus de Controlo apresentava um alfa de Cronbach inferior a .70, apesar de ser aceitável no caso de escalas com poucos itens, este facto enfraquece a escala.

## 2. Conclusões e implicações para a prática

Os resultados obtidos permitem concluir que mais de metade da amostra, tem como droga de eleição a heroína, o que vai ao encontro dos resultados das estatísticas efetuadas, devendo-se ao facto de ser a droga mais vendida e de mais fácil acesso no nosso país (Ferros, 2011).

Os dados permitem concluir que a dimensão internalidade está mais vigente nos toxicodependentes abstinentes e em tratamento de reabilitação, facto importante e revelador de que os toxicodependentes presentes em tratamento têm a consciência de que a saúde depende de si, indo de encontro ao estudo de Barros e col. (1993). Por sua vez, a recaída está significativamente associada, positivamente, à internalidade, isto é, quanto maior o número de recaídas, maior a internalidade do toxicodependente. Neste sentido, pode dizer-se que a recaída é um processo de aprendizagem e de crescimento pessoal que aumenta a perceção do sujeito que a saúde depende de si mesmo. Não se encontraram associações a nível de locus de controlo com a idade, tal como no estudo elaborado por Strassber & Robinson (1974) e estado civil, este último não se pode comparar, nem explicar, devida à escassez de investigações neste âmbito.

Assim, também no presente estudo se verificou a importância do tratamento na toxicodependência a nível do autoconceito, concluindo que houve um amadurecimento dos utentes ao longo do tratamento, assim como um maior conhecimento pessoal, tendo uma perceção de si próprios mais ajustada. Isto é pertinente, visto que os toxicodependentes quando entram em tratamento são pessoas muito desestruturadas, tanto a nível comportamental, como a nível afetivo e cognitivo. Tendo os resultados evidenciado uma melhoria no autoconceito. Pode concluir-se que os toxicodependentes em comunidade terapêutica apresentam menor rejeição social que os toxicodependentes em reinserção social, assim como os toxicodependentes em reinserção social apresentam maior maturidade psicológica e autoeficácia. Não se obteve diferenças significativas a nível de impulsividade em ambos os grupos, tal como associações a nível de autoconceito com a idade e estado civil. A ausência de diferenças e de associações não se consegue justificar devido à carência de estudos desta variável na toxicodependência. Assim, pode dizer-se que o autoconceito está relacionado negativamente com o consumo, isto é, quanto menor o consumo, maior será o autoconceito (Fluentes. Garcia & Lila, 2011).

Ao nível da investigação seria importante também ter em conta as diferenças de género, pois poderão ter algum impacto nas variáveis estudadas. Um outro aspeto importante é a

necessidade de se estudar longitudinalmente estas variáveis na toxicodependência e em vários locais de tratamento nas diferentes áreas geográficas do país.

## Bibliografia

- Abraão, I. (1999). Fatores de risco e fatores protetores para as toxicodependências. Uma breve revisão. *Revista Toxicodependências*, 5 (2), 3-11.
- Agra, C. (1998). *Entre a droga e crime: actores, espaços e trajectórias*. Lisboa: editorial notícias.
- Albuquerque, C & Oliveira, C. (2002). Características psicológicas associadas à saúde: importância do auto-conceito. *Millenium*, 26.
- Almeida, J. (2003). *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1*. Tese de Mestrado Universidade do Minho – Braga.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa, Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (APA) (2006). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Angel, P. & Angel, S. (2005). *Os toxicómanos e suas famílias*. Coleção alcoolismo e toxicomanias modernas.
- Balsa, C., Farinha, T., Urbano, C. & Francisco, A. (2004). “Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa”. Disponível em [www.idt.pt](http://www.idt.pt).
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall.
- Barros, J., Neto, F. & Barros, A. (1992). Inteligência, locus de controlo e realização escolar, *Psychologica*, 7, pp. 85-94.

- Barros, J., Barros, A. & Neto, F. (1993). *Psicologia do controlo pessoal; aplicações educacionais, clínicas e sociais*, Braga, Instituto de Educação - Universidade do Minho.
- Bavojdan, M., Towhidi, A. & Rahmati, A. (2011). The relationship between Mental health and general Self-Efficacy Beliefs, Coping Strategies and Locus of control in Male Drug Abusers. *Addict & Health*, 3(3), 111-118.
- Becoña, E. & Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid, Síntesis.
- Becoña, E. & Vázquez, F. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid, Síntesis.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Manuais universitários, vol 23. Climepsi Editores.
- Brito, M., & Esteves, M. (2001). *Consumos que nos consomem. Toxicodependências e toxicodependentes*. Editora Ambar, Porto.
- Burns, R. (1975). *Self-concept development and education*. Holt, Rinehart and Winston, London.
- Calado, V.G. (2006). *Drogas sintéticas, mundos culturais, música trance e ciberespaço*. Lisboa: Núcleo de Investigação/ODT/IDT.
- Castro, I. (2004). Do prazer à dependência. *Revista toxicodependências*, vol.10, nº 3, p. 49-56.
- Carvalho, S. (2007). *Manual de boas práticas em reinserção (1º caderno): enquadramento teórico*. Instituto de Droga e Toxicodependência.
- CRATO (2010). Centro de Recuperação do Alcoolismo e Toxicodependência.

- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited: or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 404-414.
- Ersche, K., Turton, A., Croudace, T. & Stochl, J. (2012). Who do you think is in control in addiction? A pilot study on drug-related locus of control Beliefs. Addictive disorders their treatment. *Canadian center of science and education*.
- Faria, L. & Fontaine, M. (1993). Atribuições para o sucesso escolar na adolescência: avaliação em contexto natural. *Cadernos de consulta psicológica*, 9, 67-77.
- Fernandes, L. (1997). *Etnografia urbana das drogas e do crime*. Vol.10, Lisboa, Gabinete de planeamento e de coordenação do combate à droga.
- Ferreira, J. (2001). Serviço social e toxicodependência. *Revista toxicodependências*, vol. 7, nº2, p.51-58.
- Ferros, L. (2011). *Toxicodependência: afectos e psicopatologia*. Livpsic / Legis Editora.
- Filho, H. (2005). Necessidades de intervenção no consumo de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal. *Intervenção em saúde*, 23 (2).
- Findley, M. J. & Cooper, H. M. (1983). Locus of control and academic achievement: a literature review. *Journal of personality and social psychology*, 44(2), 419-426.
- Firmino, H., Matos, A. & Vaz-Serra, A. (1987). "Relações pais/filhos e locus de controlo". *Psiquiatria clínica*, 8 (3), pp. 147-151.
- Fluentes, M., Garcia, F. & Lila, E. (2011). Autoconcept Y consumo de substâncias en la adolescência. *Adicciones*, vol.23, n.3, p. 237-248.
- Fortin, M. F. (2003). *Processo de Investigação: da conceção à realidade*. Loures: Lusociência, 3a ed.

Gecas, V. (1982). "The self-concept". *Annual Review of Sociology*, 8, pp. 1-33.

Hadley, A., Elizabeth, M. & Moore, K. (2008). Assessing what kids think about themselves: a guide to adolescent self-concept for out-of-school time program practitioners. *Child trends*.

Hansenne, M. (2004). *Psicologia da personalidade*. Lisboa, Climepsi.

Hapetian, I. (1997). *Famílias – entender a toxicodependência*. Verbo editora.

Ibrain, F., Kumar, N. & Abu Samah, B. (2011). Self Efficacy Relapsed Addiction Tendency: An Empirical Study. *The social sciences* 6(4): 277-282. Medwell Journals.

Instituto de Drogas e Toxicodependências (IDT), (2006). Relatório Anual 2006 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências.

Instituto de Drogas e Toxicodependências (IDT), (2010). Relatório Anual 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências.

Jafari, M. & Shahidi, S. (2010). Comparing Locus of Control, Assertiveness and General Health among Young Drug Dependent patients in Iran. *Iran Journal Psychiatry*, 4: 46-51.

Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger Verlag.

Lau, R. R. (1982). Origins of health locus of control beliefs. *Journal of personality and social psychology*, 42(2), p. 322 – 334.

Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica, técnica, teoria e clínica*. Editora fim de século.

Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. (1988). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*, 53, 205 – 220.



- Matos, M.G. & Camacho, I. (2006). Práticas parentais, escola e consumo de substâncias em jovens. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 7(2), 317-327.
- Mario Picchi, P. (1991). *Um programa terapêutico para toxicodependentes*. Centro De Solidariedade de Braga – Projecto Homem.
- Martinez Lorca, M. & Alonzo – Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas. Existe relación?. *Adicciones*, vol.15, n2, p. 145-158.
- Marsh, H.W. & Shavelson, R.J. (1985). Self-concept: its multifaceted hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 422-444.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Ministério da Justiça e da Saúde (MJS) (1984). *Decreto-lei 430/80 de 13 de Dezembro*.
- Morel, A., Harvé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Coleção alcoolismo e toxicomantias modernas. Climepsi editores.
- Mota Cardoso, R., Moura, L., Pais, A. & Veríssimo, R. (1986). "Auto-conceito e as perturbações psicopatológicas de nível neurótico". *Psiquiatria clínica*, 7 (3), pp. 188-193.
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroínodependentes*. Lisboa: Universitária Editora.
- Neto, F., Barros, A. & Barros, J. (1990). Atribuição da responsabilidade e locus de controlo. *Psiquiatria clínica*, 11 (1), p 47 -54.
- Neto, D. (1990). *Deixar a droga, tratamento para os anos 90*. Lisboa: edições 70.
- Nunes, L. & Jólluskin, G. (2010). *Drogas e comportamentos de adição*. Edições: Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Organização das Nações Unidas. (ONU), (2009). Relatório anual das Nações Unidas. Apresentado no relatório anual do IDT.

Organização Mundial de Saúde (OMS), (1997). *Glossário de termos de psiquiatria e Saúde mental da CID-10 e seus derivados*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre.

Organização Mundial de Saúde (OMS), (2002). Relatório mundial de saúde. Direção geral de saúde, ISBN 972-675-082-2.

Organização Mundial de Saúde (OMS), (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra, WHO.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), (1996). Primeiro relatório da evolução do fenómeno da droga na União europeia. Edições do Observatório Europeu das Droga e Toxicodependências.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), (2010). Relatório da evolução do fenómeno da droga na União europeia. Edições do Observatório Europeu das Droga e Toxicodependências.

Orford, J. (1992). *Excessive Appetites: a psychological view of addictions*. Jonh Wiley Sins, Chichester.

Patrício, L. D. (1997). *Face à droga como (re)agir?* Lisboa. Colecção projecto vida.

Patrício, L. (2002). *Droga, para que se saiba*. Editora Figueirinhas.

Pereira, J. C. S. (1999). Locus de Controlo e Toxicodependência. *Revista referencia*, nº3.

Poiars, C. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Revista Toxicodependências*, vol. 5, nº 1, p. 3-12.

- Projecto Homem, (2003). *Afectividade e Toxicodependência*. Actas do workshop no 10º aniversário do Projecto Homem de Braga. Centro De Solidariedade de Braga – Projecto Homem.
- Rahoui, H. & Reynaud, M. (2008). *Terapias cognitivo-comportamentais e adições*. Coleção alcoolismo e toxicomanias modernas. Climepsi editores.
- Rebelo, J. (2007). “*A reinserção social – Experiências de percursos de toxicodependentes*” (*Análise qualitativa*). Dissertação para a obtenção do grau de mestre em: Desenvolvimento e Inserção Social. Universidade do Porto – Faculdade de Economia.
- Relvas, J. S. (1985). "O locus de controlo na teoria da aprendizagem social e ansiedade". *Psiquiatria clínica*, 4 (3), pp. 145-154.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). “Reconstrução de uma escala de Locus de Controlo de Saúde”, *Psiquiatria clínica*, 15 (4), pp.207-2017.
- Ribeiro, J. (1998). Dependência psicológica versus dependência física. *Revista Toxicodependências*, 4(2), 45-53.
- Ribeiro, J. (2001). Tornar-se toxicodependente: opção ou fatalidade. *Revista Toxicodependências*, 7(3), 73-78.
- Ribeiro, J. (2003). Aspectos fenomenológicos das recaídas em heroíno-dependentes. *Revista Toxicodependências*, 9(1), 65-71.
- Rotter, J. B., (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1), p. 489 – 493.
- Rotter, J. B. (1990). Internal Versus External Control of Reinforcement – A Case History of a Variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.

- Rounds-Bryant, J., Flynn, P., & Craighead, L. (1997). Relationship Between Self-Efficacy Perceptions and in-treatment drug use among regular cocaine users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol.23, nº3, p.383-395.
- Samuels, D., & Samuels, M. (1974). Low self-concept as a cause of drug abuse. *Journal of Drug Education*, 4,4, 421-438.
- Schuckit, M. (1995). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa editores.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness*. San Francisco: W. H. Freedman.
- Shavelson, R.J. & Bolus, R. (1982). Self-concept: the interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74 (1), 3-17.
- Silva, A. S. & Deus, A. A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: estudo empírico. *Análise Psicológica*, 23(2). 151-172.
- Singh, A. (2011). Personality characteristics, locus of control and Hostility among alcoholics and non-alcoholics. *International Journal of Psychological Studies*, vol.3, nº1.
- Sommer, M. (2004). *Carreiras de saída da toxicodependência. Estratégias de mudança de identidade*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Strassberg, D. & Robinson, J. (1974). Relationship between Locus of Control and other Personality measures in Drug Users. *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol.42, Nº. 5, 744-745.
- Torrado, M. & Ouakinin, S. (2008). Identidade e toxicodependência no masculino: Relação paterna, autoconceito e identidade de género. *Revista Toxicodependências*. Vol.14, Nº1, 57-72.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), (2009). World Drug Report 2009.

- Vasconcelos-Raposo, J., Gonçalves, O., Teixeira, C. & Fernandes, H. (2009). Relação entre dimensões de autoconceito e consumo de álcool em alunos. *Motricidade: fundação técnica e científica do desporto*. 5(1), 51-76.
- Vaz-Serra, A. (1986a). "O inventário clínico de auto-conceito". *Psiquiatria clínica*, 7 (2), p. 67-84.
- Vaz-Serra, A. (1986b). "A importância do auto-conceito". *Psiquiatria clínica*, 7 (2), pp. 57-66.
- Vaz-Serra, A., Antunes, R. & Firmino, H. (1986). "O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais". *Psiquiatria clínica*, 7 (2), pp. 91-96.
- Vaz-Serra, A. & Firmino, H. (1986). "Relação entre auto-conceito e expectativas". *Psiquiatria clínica*, 7 (2), pp. 85-90.
- Vaz-Serra, A. Matos, A. & Gonçalves, S. (1986). "O auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral". *Psiquiatria clínica*, 7 (2), pp. 96-101.
- Vaz-Serra, A., Firmino, H. & Matos, A. (1987). O auto-conceito e *locus* de controlo, *Psiquiatria clínica*, 8 (3), pp. 143-146.
- Vaz-Serra, A. Firmino, H. & Ramalheira, C. (1988). "Estratégias de *coping* e auto-conceito". *Psiquiatria clínica*, 9 (4), p. 317-32.
- Vaz-Serra, A. (1988). "O auto-conceito". *Análise Psicológica*, 2 (VI), pp. 101-110.
- Vaz-Serra, A., Firmino, H., Barreiro, M. & Fael, I. (1989). "O auto-conceito e solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão". *Psiquiatria clínica*, 10 (3), pp. 157-164.
- Wagner, N. F. & Oliveira, M. S. (2007). Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica, Rio de Janeiro*, vol.19, n.2, p.101 – 116.

- Werner, E. (2000). Protective factors and individual resilience. *Handbook of early childhood intervention* (pp. 115-132) Cambridge University.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Wills, T. (1994). Self-esteem and perceived control in adolescent substance use: comparative test in concurrent and prospective analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8 (4), 223-234.
- Wylie, R. C, Miller, P., Cowles, S. & Wilson, A. (1979). *The self-concept: theory and research on selected topics*. Lincoln/London, University of Nebraska Press.
- Wolf, F. & Heberlein, U. (2003). Invertebrate Models of drug Abuse. Published online in *Wiley InterScience*.

**Anexos**  
-----

# **ANEXO I**

Consentimento Informado

-----



## **Consentimento Informado**

No âmbito de uma investigação sobre o Locus de Controlo e Autoconceito na Toxicodependência, desenvolvida no contexto de Dissertação para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em Braga, venho pedir a sua colaboração.

Para tal, peço que preencha os questionários que lhe serão fornecidos. Inicialmente deverá preencher o questionário sócio - demográfico que permitirá fazer uma caracterização pessoal. Depois deverá preencher o questionário de *Locus de Controlo na Saúde e o Inventário Clínico de Autoconceito*. O preenchimento dos referidos questionários não excede os trinta minutos.

Este estudo é realizado com fins estritamente académicos e científicos, sendo o anonimato e a confidencialidade dos dados absolutamente garantidos. Se decidir colaborar no nosso estudo deverá indicá-lo explicitamente na declaração que se segue.

Reconhecidamente, agradecemos a sua disponibilidade e preciosa colaboração

---

(assinatura)

**Declaração**

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no final da presente declaração, que aceito participar num estudo da responsabilidade de Sónia Veiga, no âmbito da sua Dissertação para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Braga.

Declaro também que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considere importantes para decidir participar. De forma específica, fui informado (a) do objectivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e do direito que tenho em recusar participar, ou cessar a minha participação em qualquer altura, sem nenhuma consequência para mim.

Declaro que aceito participar no presente estudo:

☐

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **ANEXO II**

Autorização dos autores

-----

## Re: permissão para uso da escala Locus de Controlo de Saúde

De: **José Luis Pais Ribeiro** (jlpr@fpce.up.pt)

Enviada: terça-feira, 29 de novembro de 2011 10:02:28

Para: sonia veiga (nitaaveigaa@hotmail.com)

Autorizo a utilização da escala

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

>

> Exmo Pais Ribeiro,

>

> Boa noite,

>

> Sou aluna da Universidade Católica Portuguesa, e estou a frequentar o Mestrado

> de Psicologia Clínica e da Saúde, estando neste momento em estágio e a elaborar

> a tese de mestrado.

> Deste modo, venho por este meio solicitar a permissão para o uso do questionário

> Locus de Controlo de Saúde traduzido por si, para elaborar a minha tese de

> Mestrado que se intitula "Locus de Controlo e Auto-Conceito na

> Toxicodependência".

>

> Espero atenciosamente por uma resposta,

>

>

>

> Os melhores cumprimentos,

>

> Sónia Veiga

> --

> This message has been scanned for viruses and

> dangerous content by MailScanner, and is

> believed to be clean.

>

>

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by MailScanner, and is believed to be clean.

## Auto-Conceito

De: **Adriano Vaz-Serra** (adriano.vazserra@gmail.com)

Enviada: terça-feira, 29 de novembro de 2011 15:55:43

Para: nitaaveigaa@hotmail.com

3 anexos

Inventário de Auto Conceito.doc (66,0 KB) , Cotação das questões do ICAC.doc (82,5 KB) ,  
Explicação do ICAC.DOC (53,0 KB)

Sónia,

Dando seguimento ao seu pedido junto envio em anexo o **Inventário Clínico de Auto-Conceito**, a **Cotação das suas questões** e um **Texto explicativo da sua construção**.

Desejando os melhores êxitos para o seu trabalho, aceite as melhores saudações de

Adriano Vaz Serra

## **ANEXO III**

### Questionário Sócio - Demográfico

---

## Questionário Sócio - Demográfico

Comunidade Terapêutica

☐

Reinserção Social

☐

1. Idade\_\_\_\_\_

2. Nacionalidade\_\_\_\_\_

3. Vive:

a. Meio rural ☐

b. Meio urbano ☐

4. Escolaridade:

a. 1º-4º anos ☐

b. 5º-6º anos ☐

c. 7º-9º anos ☐

d. 10º-12º anos ☐

e. Estudos universitários ☐

f. Formação pós-graduada ☐

5. Profissão\_\_\_\_\_

6. Situação profissional antes do internamento?

a. Empregado ☐

b. Desempregado ☐

c. Reformado ☐

d. Baixa médica ☐

7. Estado civil

- a. Solteiro ☐
- b. Casado ☐
- c. União de facto ☐
- d. Separado ☐
- e. Divorciado ☐
- f. Viúvo ☐

8. Tem filhos?

- a. Sim ☐
- b. Não ☐

9. Tem alguma doença? \_\_\_\_\_

- a. Qual? \_\_\_\_\_
- b. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

10. Há quanto tempo está/esteve em tratamento? \_\_\_\_\_

11. Qual a droga de eleição? \_\_\_\_\_

12. Já injectou?

- a. Sim ☐
- b. Não ☐

13. Já recebeu tratamento (s) anteriormente?

- a. Sim ☐
- b. Não ☐

14. Está abstinente de drogas/álcool?

- a. Sim ☐
- b. Não ☐

15. Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_



16. Tem familiares com problemas de álcool ou drogas?

a. Sim ☐

b. Não ☐

17. Tem algum problema de saúde causado pela dependência?

a. Sim ☐

b. Não ☐

18. Idade do primeiro contacto com uma Comunidade Terapêutica? \_\_\_\_\_

## **ANEXO IV**

Escala de Locus de Controlo de Saúde (LCS)

---

## Escala de Locus e controlo de saúde

(Pais Ribeiro, 1994)

Vai encontrar, a seguir, um conjunto de afirmações acerca da maneira como as pessoas pensam acerca da saúde. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a A significa que discorda totalmente da afirmação e que você nunca a faria; se assinalar a letra G significa que concorda totalmente e que corresponde totalmente à sua maneira de pensar. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que der são igualmente correctas. Peço-lhe que reflecta bem na resposta que der, de modo que ela expresse a maneira como pensa.

		discordo totalmente	discordo bastante	Discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
1	Procurar o médico para fazer check-ups regulares é um factor chave para se manter saudável	A	B	C	D	E	F	G
2	O facto de as pessoas se sentirem bem ou não, depende, muita vezes, do acaso	A	B	C	D	E	F	G
3	As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte	A	B	C	D	E	F	G
4	Em saúde não se pode invocar quase nunca "má sorte"	A	B	C	D	E	F	G
5	Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente, bons cuidados médicos	A	B	C	D	E	F	G
6	Recuperar de uma doença não tem nada a ver com a sorte	A	B	C	D	E	F	G
7	Ter ou não boa saúde é, apenas, uma questão de sorte	A	B	C	D	E	F	G
8	Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar muitas doenças	A	B	C	D	E	F	G

9	Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente	A	B	C	D	E	F	G
10	No que diz respeito à saúde, as pessoas têm, apenas, de seguir as instruções do seu médico	A	B	C	D	E	F	G
11	Quando alguém recupera de uma doença é, normalmente, porque algumas pessoas (por ex. o médico ou enfermeira, família, amigos) tomaram bem conta dela	A	B	C	D	E	F	G
12	Muitas das coisas que afectam a saúde das pessoas são fruto do acaso	A	B	C	D	E	F	G
13	A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença	A	B	C	D	E	F	G
14	Consultarem regularmente um bom médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde	A	B	C	D	E	F	G

## **ANEXO V**

-----

<b>(nº itens)</b>	<b>Alfa de Cronbach's</b>
<b>Escala total (14 itens)</b>	.673
<b>Externalidade (6 itens)</b>	.666
<b>Internalidade (8 itens)</b>	.563

**Quadro 1. Coeficiente de consistência interna de Cronbach – Locus de Controlo de Saúde**

## **ANEXO VI**

Inventário Clínico de Auto – Conceito (ICAC)

---

## Inventário Clínico de Auto – Conceito

(A. Vaz Serra, 1986)

Todas as pessoas têm uma ideia como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual, e não o seu estado de espírito de momento. Assinale apenas uma das letras no quadro, que pensa que se lhe aplica de forma mais característica. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que der são igualmente corretas.

		Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1	Sei que sou uma pessoa simpática	A	B	C	D	E
2	Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.	A	B	C	D	E
3	Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	A	B	C	D	E
4	No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	A	B	C	D	E
5	Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	A	B	C	D	E
6	Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	A	B	C	D	E
7	Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	A	B	C	D	E
8	De modo geral tenho por habito enfrentar e resolver os meus problemas.	A	B	C	D	E
9	Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	A	B	C	D	E
10	Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	A	B	C	D	E



11	Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	A	B	C	D	E
12	Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	A	B	C	D	E
13	Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	A	B	C	D	E
14	Considero-me competente naquilo que faço.	A	B	C	D	E
15	Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece.	A	B	C	D	E
16	A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	A	B	C	D	E
17	Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	A	B	C	D	E
18	Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	A	B	C	D	E
19	Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	A	B	C	D	E
20	Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	A	B	C	D	E

## **ANEXO VII**

-----

(nº itens)	Alfa de Cronbach's
<b>Escala total 20 itens)</b>	.762

**Quadro 2. Coeficiente de consistência interna de Cronbach – Autoconceito**